

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909. — N° 115

LA NÉPHRECTOMIE PRIMITIVE

DANS

LA TUBERCULOSE RÉNALE

INDICATIONS et RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard PAGÈS

Né à NIMES Gard, le 20 mars 1884



Imprimerie P. COLOMBIER
6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8
VILLEURBANNE

— 1909 —

LA NÉPHRECTOMIE PRIMITIVE

DANS

LA TUBERCULOSE RÉNALE

INDICATIONS et RÉSULTATS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edouard PAGÈS

Né à NIMES Gard, le 20 mars 1834



Imprimerie P. COLOMBIER

6 et 8, Rue des Maisons-Neuves, 6 et 8

VILLEURBANNE

— 1909 —

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.....	DOYEN.
J. COURMONT.....	ASSESSSEUR.
LORTET.....	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.....		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONGET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle et médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....	ROQUE.	
Médecine expérimentale et comparée.....	COLLET.	
Médecine légale.....	PAVIOT.	
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique.....	ARLOING.	
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.	
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale.....	MM. BERARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND —	
Hygiène administrative.....	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embriologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT P.)	GAYET.	MARTIN (El.).	LATARJET Ch....
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	BERIEL Ch....
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	VORON.	BRETIN Ch....
TIXIER.	PATEL.		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, président ;
MM. P. COURMONT, assesseur ; VILLARD et GAYET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

Au terme de nos études médicales, nous voulons adresser nos sincères remerciements aux maîtres qui, pendant le cours de ces années, n'ont cessé de nous témoigner la plus bienveillante sympathie.

Mais qu'il soit permis auparavant à l'un de ses derniers élèves d'adresser un souvenir ému à la mémoire du regretté docteur Clément, auprès duquel nous avons pu comprendre quel attrait ajoutait à la science la plus étendue, la bonté d'âme la plus inaltérable.

M. le professeur agrégé Siraud voulu bien nous ouvrir toutes grandes les portes de la Clinique des Accidents du Travail, et nous enseigner pendant plus d'un an, cette chirurgie d'urgence si intéressante et si pratique ; nous nous souvenons aussi des leçons qu'il nous a données, alors que nous étions son préparateur au cours d'anatomie de la Faculté de Médecine, et nous le prions de bien vouloir agréer nos sentiments de reconnaissance. A Saint-Luc, nous avons encore pu profiter des enseignements de M. le docteur Jacqueau qui nous a toujours accueilli avec son affabilité coutumière.

Mais c'est surtout pendant nos années d'internat à l'Hôpital Saint-Joseph, que notre instruction médico-chirurgicale a pu se développer, M. le docteur Goullioud, dont nous avons été l'interne pendant deux semestres, nous a initié aux pratiques de la chirurgie abdominale et de la gynécologie, et nous avons toujours trouvé en lui un guide sûr et un maître bienveillant. M. le docteur Rafin, chirurgien-adjoint, a bien voulu nous charger dans ce travail de défendre les idées qui sont siennes, et ne nous a ménagé

ni son temps, ni ses conseils. M. le docteur Chabalier, médecin-chef, nous a fait largement bénéficier de sa longue expérience. L'affabilité que nous a témoignée le docteur Thévenet, médecin-adjoint, nous fait regretter vivement que les circonstances ne nous aient pas permis de suivre son enseignement de plus près. A tous ces maîtres, nous adressons l'expression de notre profonde gratitude.

La bienveillance que nous a témoignée M. le professeur Teissier, et l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, ne sauraient nous laisser indifférent. Qu'il veuille bien agréer notre respectueuse reconnaissance, ainsi que MM. les Professeurs agrégés Villard et Gayet, qui ont bien voulu accepter de former notre jury.

AVANT PROPOS

En 1906, dans sa thèse inaugurale, notre ami et collègue d'internat, le docteur Reynaud, étudiait les quarante premières observations de néphrectomie primitive pour tuberculose rénale de la pratique de notre maître commun, M. Rafin.

Le but de notre travail sera de compléter cette étude en y ajoutant les nouvelles observations de notre maître, et en étudiant les suites des observations publiées dans la thèse de notre prédécesseur.

M. Rafin s'est efforcé de suivre tous les opérés ; il n'en a perdu aucun de vue, car il estime qu'à se contenter d'opérer les malades sans se rendre compte des résultats ultérieurs de l'acte opératoire, on ne saurait faire œuvre de clinicien.

Nous avons donc à notre disposition un recueil de faits importants, une série opératoire telle, qu'il n'en existe guère de plus étendues. Pussions-nous mettre utilement tous ces matériaux à profit pour apprécier d'une façon très exacte et très sincère la valeur d'une intervention qui semble avoir donné une direction nouvelle et très féconde en résultats à la thérapeutique de la tuberculose rénale.

INTRODUCTION

« Toute tuberculose rénale primitive et unilatérale, le reste de l'organisme étant indemne, diagnostiquée au début, doit être extirpée, comme il doit en être de tout foyer tuberculeux bien localisé et isolé, sur lequel les procédés médicamenteux ou topiques n'ont pas rapidement agi ». (*Tuffier*, in *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, 1898, cité par *Lorenzo*, Th. Paris 1902). Cette formule dont le véritable promoteur et défenseur fut, en France, le professeur Albarran, ne fut pas admise sans conteste, et on chercha à en atténuer le radicalisme qui semblait excessif, s'appliquant à un organe de l'importance du rein. Cependant, à la suite des nombreux travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, à la suite surtout des rapports et discussions de l'Association française d'urologie aux sessions de laquelle chaque année, les urologues les plus éminents apportent non seulement leurs statistiques, mais encore les idées que leur suggère leur pratique, la néphrectomie dans la tuberculose rénale a été de plus en

plus étudiée, et le premier Congrès international d'urologie n'a fait, pour ainsi dire, que consacrer définitivement cette intervention.

Les indications de la néphrectomie reposent sur deux ordres de faits :

1° La marche de l'affection, alors qu'aucune intervention chirurgicale n'en vient modifier le cours ;

2° La gravité de l'acte opératoire et son influence sur les diverses manifestations pathologiques qu'il est appelé à combattre.

A chacun de ces points correspondra une partie de notre travail. Une troisième partie envisagera l'application de ces données, à la solution des divers problèmes qui se posent dans la pratique. Une quatrième partie enfin, concernera divers détails de technique plus ou moins discutés.

Notre étude sera basée sur 92 observations de néphrectomies primitives pour tuberculose rénale pratiquées par M. Rafin :

Les vingt premières ont été analysées par lui dans le *Lyon Médical* (19 et 26 mars 1909).

La thèse de Reynaud reproduit ces vingt observations auxquelles il en ajoute vingt nouvelles.

Nous reproduisons toutes ces observations que nous avons complétées en y ajoutant les résultats éloignés, et nous en apportons cinquante-deux nouvelles.

Nous pouvons ainsi commencer l'étude des résultats éloignés de la néphrectomie : c'est là un point dont l'importance ne saurait échapper, car, il faut

bien le dire, on ne sera fixé sur la valeur de la néphrectomie, que lorsqu'auront été publiées d'importantes statistiques de malades longtemps suivis.

Voici l'énumération des documents qui ont été utilisés :

1° Sexe : Femmes : 56.

Hommes : 36.

2° Age :

Malades âgés de 20 ans et au-dessous ..	7
— — 21 ans à 30 ans.....	31
— — 31 ans à 40 ans.....	38
— — 41 ans et au-dessus ...	16

3° Côté : gauche 55.

droit : 37.

4° Date de l'intervention et nombre des interventions par année :

Année 1896 :	1
— 1902 :	4
— 1903 :	5
— 1904 :	10
— 1905 :	12
— 1906 :	19
— 1907 :	12
— 1908 :	18
— 1909 :	11

CHAPITRE PREMIER

Evolution de la Tuberculose rénale en dehors de toute intervention chirurgicale

Symptômes locaux

ÉTAT DE LA VESSIE

Tous les auteurs qui se sont occupés de la tuberculose rénale ont bien mis en relief ce fait que, dans la grande majorité des cas, l'attention du malade est attirée par les phénomènes vésicaux qui ouvrent la scène le plus souvent : ce n'est alors qu'un examen plus ou moins approfondi qui fait penser à la lésion originelle. A ce propos, Israël s'exprimait, en 1901, de la façon suivante : « Eine zweite diagnostische Schwierigkeit liegt darin, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die ersten Erscheinungen, welche die Aufmerksamkeit des Kranken erregen, nicht der Niere, sondern der Blase anzugehören

scheinen und Kurzug von den meisten Ärzten mit der landläufigen Diagnose eines chronischen Blasenkatarrhs abgetan werde. » (*Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten*), et en 1905, M. Rafin écrivait dans le *Lyon Médical* (La néphrectomie dans la tuberculose rénale), en parlant de ces malades : « La plupart manifestent de la surprise quand on leur apprend que le pus qu'ils ont constaté dans leur urine provient, au moins en grande partie, de leur rein. Il sera permis d'ajouter que cet étonnement est souvent partagé par leur médecin ». Plus rarement, en effet, les symptômes sont néphrétiques, consistant en douleurs de types divers, et c'est bien plus tard que l'on peut voir s'installer le syndrome cystique, pollakiurie et douleur à la miction.

Quoiqu'il en soit, il n'en faut pas davantage pour justifier la distinction que l'on peut établir entre les formes de tuberculose rénale : forme rénale pure et forme réno-vésicale. Cette division, ainsi que le montre mainte observation, a un substratum, non seulement clinique, mais encore anatomique et pathogénique : nous avons pu voir, en effet, des cas où la lésion a évolué en l'absence de tous symptômes vésicaux. Ces cas sont sans doute très rares ; presque tous nos malades ont présenté des symptômes vésicaux au moins à une période de l'évolution de leur maladie. Mais dans les obs. LVII et XLIII, ils ont complètement fait défaut, et dans les obs. XVI, XXVI, XL, VIII, LXVII, ils ont été à peine appréciables. De plus, dans d'autres cas, les lésions rénales diagnostiquées antérieurement et qui, pour

une raison ou pour une autre, n'avaient pas été suivies d'intervention immédiate, ont entraîné des troubles vésicaux, lesquels ont disparu après la néphrectomie.

En présence d'un sujet atteint de tuberculose rénale, on peut préjuger de l'état de la vessie par l'étude de trois symptômes : les modifications de capacité du réservoir urinaire, la pollakiurie et la douleur à la miction.

1° *Capacité vésicale.* — L'étude de la capacité vésicale en elle-même présente une importance considérable : c'est d'elle que dépend, en effet, au premier chef, le choix de la méthode d'exploration rénale à employer, et c'est encore elle qui, dans certains cas, suffit à constituer une indication opératoire.

L'étude de nos observations nous a permis de les classer, au point de vue qui nous intéresse en ce moment, en quatre groupes :

1° Chez quatre de nos malades, la capacité était très faible (au-dessous de 28 gr.) et même nulle chez deux d'entre eux ;

2° Cette capacité était un peu plus considérable, c'est-à-dire variait de 25 à 100 gr. chez le plus grand nombre, soit dans trente-quatre observations ;

3° Elle atteignait un chiffre moyen (100 gr. à 200 gr.) dans dix-neuf cas ;

Enfin, dans vingt-six observations, elle était peu modifiée, ou même pas du tout, atteignant dans un cas 450 gr. (observ. XLVI), or, il est évident que

notre conduite ne sera pas la même, selon que nous nous adressons à un sujet appartenant à telle ou telle catégorie.

a) Au point de vue de l'exploration rénale d'abord : pour la première catégorie, ou même pour les capacités les plus faibles de la seconde, l'impossibilité de pratiquer la séparation ou le cathétérisme urétéral est absolue ; or, c'est précisément dans ces cas où ces procédés seraient appelés à rendre de grands services, l'intervention améliorant toujours dans une certaine mesure l'état de ces malades, même dans le cas de lésions peu étendues du rein opposé, et c'est l'étendue de ces lésions qu'il est très important de diagnostiquer : on est alors obligé de recourir à des méthodes certainement moins fidèles ; je veux parler de l'incision lombaire exploratrice du côté supposé sain. Sans doute, l'anesthésie peut faciliter l'examen, et elle a été pratiquée chez plusieurs de nos malades. Mais, outre le gros inconvénient qu'elle présente de tarir la sécrétion, malgré l'injection préventive de sérum physiologique, elle n'a toute son utilité que dans un nombre limité de cas : d'abord, chez les sujets nerveux à vessie particulièrement irritable et chez lesquels la narcose abolit toute élément réflexe ; ensuite dans les cas de lésions vésicales récentes et superficielles ; mais si la vessie est envahie par la sclérose, le résultat est très minime, et, même avec une anesthésie poussée à l'extrême limite de la tolérance, on n'obtient parfois qu'une augmentation de capacité de 10 à 20 gr. En

somme, la diminution de la capacité vésicale n'est pas physiologique, mais anatomique.

Dans tous les autres cas au contraire, où la capacité vésicale est plus considérable, nous aurons toute latitude de pratiquer tel examen que nous jugerons à propos.

δ) Au point de vue de l'intervention, l'état de la vessie peut constituer une indication importante : ainsi que nous le disions il y a un instant, la néphrectomie améliore l'état vésical, et apporte un soulagement considérable à ces malades obligés d'uriner à chaque instant : la néphrectomie a été pratiquée dans deux ou trois observations, en grande partie pour obvier à une situation aussi pénible.

Par contre, si la capacité vésicale étant normale, les phénomènes vésicaux ne se montrent pas, l'opération n'est pas d'une indication immédiate, et l'on peut attendre l'apparition de ces symptômes. Nous reviendrons sur ce point.

2° *Pollakiurie*. — La capacité vésicale se modifiant au cours de la tuberculose rénale, il s'ensuit que la fréquence de la miction subit aussi des modifications ; mais le rapport de ces deux éléments n'est pas absolument constant, et il ne faudrait pas croire que leurs variations se modifient d'une façon absolument parallèle. Il y a lieu, en effet, de faire intervenir en ligne de compte la susceptibilité particulière des malades qui fait que, pour une capacité vésicale sensiblement égale, la pollakiurie sera bien plus considérable chez tel sujet que chez tel autre.

C'est ce qu'il est facile de constater en jetant les yeux sur le tableau n° 1 qui donne en regard du nombre des mictions, la valeur de la capacité vésicale.

Ces réserves étant faites, on peut dire que la pollakiurie est, comme la capacité vésicale, fonction de l'état de la vessie, et que, apparaissant quelquefois avant tout phénomène douloureux, elle constitue un signe excellent qui nous met sur la voie du diagnostic.

Ici encore, nous avons cherché à classer nos malades en séries, pour étudier plus facilement les variations de la fréquence des mictions ; mais cette classification, hâtons-nous de le dire, n'a rien d'absolu et n'a d'autre but que de fixer les idées :

1° Parmi nos malades, dix-huit urinaient plusieurs fois par heure, et chez quelques-uns, le besoin d'uriner était même devenu constant ;

2° Chez quinze d'entre eux, l'intervalle entre deux mictions étaient d'heure environ ;

3° Chez le plus grand nombre, soit chez trente-sept, la miction ne se produisait que toutes les deux heures ;

4° Enfin, dans dix-neuf cas, la fréquence des mictions était normale.

Cette division porte sur les mictions diurnes. Le repos au lit intervient en effet, d'une façon quelquefois très différente suivant les cas, pour modifier la pollakiurie.

1° Ainsi, neuf malades urinaient plus souvent la nuit que le jour ;

ÉTAT DE LA VESSIE

Observations	AVANT L'OPÉRATION		APRÈS L'OPÉRATION		TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS L'OPÉRATION
	CAPACITÉ	MICTIONS	CAPACITÉ	MICTIONS	
I	?	toutes les heures.	?	la nuit, 3 à 4; le jour, toutes les deux heures.	9 ans et demi.
II	normale	le jour, 7 à 8; la nuit, 3	?	le jour, 4 à 5; la nuit, 1 à 2.	6 ans.
III	75 gr.	toutes les 30 minutes.	?	la nuit, 2; le jour, 6.	5 ans et 9 mois (mort second.)
IV	60 gr.	toutes les 30 minutes.	plus de 180 gr.	toutes les deux heures.	6 ans et 5 mois.
V	?	toutes les 5 ou 15 minutes.	?	toutes les 30 minutes.	3 ans et 6 mois (mort second.)
VI	50 gr.	?	?	la nuit, 1; le jour, 4 à 5.	5 ans et 10 mois
VII	120 gr.	toutes les deux heures.	70 gr.	la nuit, 4 à 5; le jour, toutes les trois heures.	5 ans et 7 mois.
VIII	90 à 100 gr.	le jour, toutes les heures; la nuit, 2.	58 gr.	la nuit, 4 à 5; le jour, toutes les 45 minutes.	6 ans.
X	?	toutes les 30 minutes.	?	à chaque instant.	1 an (décès secondaire).
XI	75 gr.	le jour, toutes les heures 1/2; la nuit, 5 à 6.	200 gr.	jour et nuit, 6.	2 ans et demi (décès second.)
XII	?	jour et nuit, 8.	?	la nuit, 1; le jour, 2 à 4.	5 ans et 2 mois.
XIII	200 gr.	le jour, 4; la nuit, 1 à 2.	?	la nuit, 0; le jour, 2 à 3.	5 ans.
XIV	70 gr.	la nuit, 4; le jour, 7 à 8.	240 gr.	la nuit, 1 à 3; le jour, 7 à 8.	4 ans et 10 mois.
XV	60 gr.	la nuit, 8; le jour, t. les heures	120 gr.	la nuit, toutes les heures; le jour, 2 à 4.	4 ans et 8 mois (décès second.)

XVIII	10 gr.	toutes les 30 minutes.	30 gr.	la nuit, 3; le jour, 6.	5 ans et 3 mois.
XIX	?	le jour, 4; la nuit, 1.	?	la nuit, 2; le jour, toutes les deux heures.	3 ans et 3 mois (décès second.)
XX	?	le jour, normale; la nuit, 2 à 3	?	toutes les dix minutes.	1 mois (décès secondaire).
XXI	100 gr.	le jour, 10; la nuit à chaque instant.	?	toutes les trois heures.	5 mois (décès secondaire).
XXII	?	le jour, toutes les heures; la nuit toutes les 45 minutes.	?	la nuit, 4 à 5; le jour, attend trois heures.	4 ans.
XXIII	60 gr.	7 à 8 jour et nuit.	?	la nuit, 2 à 3; le jour, toutes les 1 ou 2 heures.	3 ans et 9 mois.
XXIV	25 gr.	5 à 8 jour et nuit.	?	la nuit, 2 à 3; le jour, normales.	4 ans et 1 mois.
XXV	?	2 à 3 jour et nuit.	?	la nuit, 2; le jour, 9 à 10.	4 ans.
XXVI	?	le jour, 6; la nuit, 3.	?	la nuit, 3 à 5; le jour, toutes les heures.	3 ans et 11 mois.
XXVII	50 gr.	toutes les heures.	70 gr.	la nuit, 0; le jour, 6.	3 ans et 11 mois.
XXVIII	200 gr.	la nuit, 2; le jour, 5.	200 gr.	le jour, 4 à 5; la nuit, 3.	4 ans.
XXIX	8 à 10 gr.	le jour, 6; la nuit, toutes les heures.	?	toutes les heures.	14 mois (décès secondaire).
XXXI	?	le jour, 10 à 15; la nuit, 4 à 5.	?	le jour, 4; la nuit, 1.	3 ans et 9 mois.
XXXII	assez grande	le jour, 8; la nuit, 4.	230 gr.	la nuit, 5 à 7; le jour, toutes les deux heures.	3 ans et 8 mois.
XXXIII	140 gr.	le jour, toutes les heures; la nuit, 2.	?	la nuit, 1 ou 0; le jour, 2 à 3.	2 ans et 1 mois.
XXXIV	?	8 à 10 jour et nuit.	250 gr.	toutes les 20 minutes.	3 ans et 4 mois.
XXXVI	60 à 80 gr.	le jour, 5 à 6; la nuit, 10.	70 gr.	toutes les heures.	3 ans et 2 mois.
XXXVII	140 gr.	le jour, 4; la nuit, 2 à 3.	300 gr.	la nuit, 0 à 1; le jour, 4 à 5.	3 ans (décès secondaire).
XXXVIII	250 gr.	le jour, 10; la nuit, 7 à 8.	160 gr.	la nuit, 5 à 6; le jour, attend une heure et demie.	3 ans.
XXXIX	80 gr.		?		3 ans.

ÉTAT DE LA VESSIE (suite)

Observations	AVANT L'OPÉRATION		APRÈS L'OPÉRATION		TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS L'OPÉRATION
	CAPACITÉ	MCTIONS	CAPACITÉ	MCTIONS	
XL	300 gr.	le jour, 6; la nuit, 1.	380 gr.	le jour, 6; la nuit, 1.	3 ans.
XL I	70 gr.	toutes les heures.	?	la nuit, toutes les 15 minutes :	3 ans.
XL II	330 gr.	le jour, 6 à 7; la nuit, 2 à 3.	?	le jour, t. les 45 à 60 min.	2 ans et 11 mois.
XL III	200 gr.	le jour, 4 à 5; la nuit, 1.	?	la nuit, 2; le jour, 6 à 7.	1 an et 3 mois.
XL IV	140 gr.	toutes les deux heures.	plus de 180 gr.	la nuit, 0 à 4; le jour, 2 à 3.	2 ans et demi.
XL V	40 gr.	le jour, 4 à 6; la nuit, 3 à 6.	?	la nuit, 3 à 4; le jour, 7 à 8.	2 ans et 3 mois.
XL VI	450 gr.	le jour, 3 à 4; la nuit, 1.	?	jour et nuit, 4.	2 ans.
XL VII	70 à 80 gr.	le jour, toutes les heures et demie; la nuit, 5 à 6.	?	la nuit, 0; le jour, 5.	2 ans 1/2 (décès secondaire)
XL VIII	280 gr.	le jour, 3 à 4; la nuit, 1.	400 gr.	la nuit, 0; le jour, 1 à 2.	2 ans et 3 mois.
XL IX	30 gr.	quelquefois 20 mictions par h.	?	toutes les 20 ou 30 minutes.	1 an et 7 mois (décès second.).
L	70 gr.	le jour, 12 à 15; la nuit 8 à 10.	50 gr.	t. les heures ou demi-heures.	2 ans et 5 mois.
L I	60 gr.	le jour, 10; la nuit, 15.	80 à 90 gr.	la nuit, 6 à 7; le jour, 5 à 6.	2 ans et 3 mois.
L II	140 gr.	le jour, 4 à 5; la nuit, 2 à 3.	210 gr.	la nuit, 0; le jour, 4 à 5.	2 ans et 3 mois
L III	40 gr.	toutes les 45 minutes.	?	la nuit, toutes les heures et demie; le jour, t. les 30 min	1 an et 7 mois (décès second.).
L IV	200 gr.	le jour, 20 à 30; la nuit, 4 à 5.	150 gr.	la nuit, 3 à 4; le jour, 5 à 6.	1 an et 11 mois.
L V	130 gr.	le jour, 6; la nuit 4 à 8.	?	la nuit, 2; le jour, 4.	1 an et 10 mois.

LVI	?	la nuit, 2; le jour, toutes les heures et demi.	?	la nuit, 1; le jour, 5 à 6.	1 an et 9 mois.
LVII	250 gr.	normale.	?	la nuit, 0; le jour, 3 à 4.	1 an et 2 mois.
LVIII	50 gr.	toutes les 30 minutes.	?	le jour, 6; la nuit, 4.	1 an et 8 mois.
LX	450 gr.	le jour, toutes les heures; la nuit, toutes les deux heures.	?	nuit, toutes les deux heures	1 an et 5 mois.
LXII	0	à chaque instant.	?	la nuit, 9 à 10; le jour, 10 à 15.	1 an et 5 mois.
LXIII	310 gr.	6 à 9 jour et nuit.	?	la nuit, 2; le jour, 6 à 7.	1 an et 3 mois.
LXIV	80 gr.	le jour, 9; la nuit, 3 à 4.	40 gr.	la nuit, 8; le jour, 9.	9 mois.
LXV	100 gr.	10 à 15 jour et nuit.	?	la nuit, 7 à 8; le jour, 10.	1 an et 3 mois.
LXVI	180 gr.	la nuit, toutes les deux heures; le jour, t. les 30 ou 60 min.	?	toutes les 2 ou 3 heures.	1 an et 2 mois.
LXVII	250 gr.	le jour, 8 à 12; la nuit, 1.	?	la nuit, 1; le jour, 5 à 6.	1 an et 1 mois.
LXVIII	20 gr.	le jour, constant; la nuit, 6.	120 gr.	toutes les deux heures.	1 an et un mois.
LXIX	100 gr.	la nuit, 6; le jour, 8.	?	la nuit, 1 à 2; le jour, 2 à 3.	1 an.
LXX	100 gr.	5 à 6 jour et nuit.	200 gr.	toutes les deux heures.	9 mois.
LXXI	300 gr.	le jour, toutes les heures ou demi-heures; la nuit, 4 à 5.	?	la nuit, 1; le jour, 4 à 5.	8 mois et demi.
LXXII	80 gr.	le jour, toutes les deux heures; la nuit, 2.	300 gr.	la nuit, 0; le jour, 3 à 4.	8 mois et demi.
LXXIII	150 gr.	le jour, toutes les heures; la nuit, toutes les 30 minutes.	80 gr.	la nuit, 4; le jour, 6.	7 mois.
LXXIV	425 gr.	toutes les heures.	150 gr.	5 à 6 jour et nuit.	8 mois.
LXXV	340 gr.	la nuit, 0; le jour, 3.	400 gr.	la nuit, 0; le jour, 3 à 4.	7 mois.
LXXVI	200 gr.	la nuit, 0; le jour, 3.	?	la nuit, 0; le jour, 4 à 5.	8 mois.
LXXVII	400 gr.	le jour, 1; la nuit, 4.	475 gr.	la nuit, 1; le jour, 3 à 4.	8 mois.
LXXVIII	160 gr.	le jour, 8 à 10; la nuit, 2 à 3.	180 gr.	la nuit, 1 à 4; le jour, 3 à 4.	5 mois.
LXXIX	180 gr.	la nuit, 2 à 3; le jour, toutes les deux heures.	?	la nuit, 2 à 3; le jour, toutes les heures.	4 mois.
LXXX	150 gr.	le jour, 2 à 3; la nuit, 8.	?	3 à 4 jour et nuit.	4 mois.

2° Chez soixante-dix, c'est-à-dire dans la grande majorité, les mictions la nuit étaient égales en nombre à celles de la journée ou légèrement inférieures, mais en plus grand nombre que chez un sujet normal ;

3° Enfin, dans neuf cas, elles étaient normales, c'est-à-dire, égales à 0 ou à 1.

3° *Douleur à la miction.* — La douleur à la miction, qui a été l'un des premiers symptômes de l'affection chez trente-sept malades (chez les trente-trois autres, le début s'est fait par des douleurs à siège rénal), est un signe presque constant de la période d'état : nous ne l'avons vu manquer que dans neuf observations (obs. X, XVI, XX, XXXVIII, XLIII, LVII, LXXII, LXXXI, LXXXVII). Cette douleur est assez variable par son intensité et par le moment où elle se produit. Il semble cependant qu'elle se manifeste de préférence à la fin de la miction, habituellement sous une forme que les malades comparent à une sensation de cuisson ou de brûlure plus ou moins vive.

4° *Cystoscopie.* — Mais les meilleurs notions sur l'état de la vessie nous sont données par les constatations que l'on peut faire directement, depuis que Nitze a doté l'urologie de l'instrument merveilleux qu'est le cystoscope.

Dans son beau *Traité de la Cystoscopie* après avoir insisté sur la situation au niveau de la zone urétérale des lésions vésicales, tubercules et ulcérations, cet auteur ajoute : « Les images cystoscopi-

ques sont alors si caractéristiques, qu'elles ne peuvent laisser aucun doute sur leur origine tuberculeuse ». Feuvick, en 1906, (*British Medical journal*) a pu fournir, avant l'opération, le tracé des lésions qu'il a rencontrées au cours de l'intervention, et il a voulu se baser uniquement sur l'aspect des orifices urétéraux pour diagnostiquer l'uni ou la bilatéralité des lésions ; c'est la méatoscopie que nous étudions d'une façon particulière au chapitre IV.

A l'état normal, l'abouchement de l'uretère dans la vessie se fait soit en bec de flûte, en formant une valvule qui l'oblitére, soit au sommet d'une petite saillie que l'on peut comparer tout à fait à un museau de tanche, et que les Allemands appellent papille urétérale : c'est à ce niveau que débutent les lésions : hypérémie, œdème, ulcération ; le processus gagne ensuite le trigone, et ce n'est que dans des cas assez rares, que la muqueuse vésicale présente une longueur diffuse.

Dans les formes très avancées, l'orifice urétéral devient béant, cratériforme, ses parois sont rigides, fixées dans leurs formes ; et l'occlusion physiologique du méat urétéro-vésical ne paraît pas possible.

D'autres fois, la zone urétérale est infundibuliforme comme si l'uretère scléreux l'avait attirée en le rétractant.

On peut observer enfin des éjaculations purulentes ou bien, au contraire, voir le pus sortir en bavant de l'uretère sous forme de vermiotes.

ÉTAT DES URINES

1° *Hématurie*. — Il y a lieu, dans l'hématurie au cours de la tuberculose rénale, de faire des distinctions étiologiques et cliniques. Il faut, en effet, distinguer d'abord l'hématurie d'origine vésicale; de même l'hématurie a une forme spéciale selon qu'elle se produit à la période de début ou à la période de maladie confirmée; enfin, il est des cas où le sang ne se révèle qu'à l'examen microscopique.

Pousson, dans la thèse de son élève Dupuy (Bordéaux 1903), a voulu faire de l'hématurie un bon signe de début de la tuberculose rénale : nous ne saurions, pour notre part, souscrire sans réserves à de telles conclusions; et c'est ici qu'intervient la distinction que nous venons de faire entre l'hématurie d'origine rénale et l'hématurie d'origine vésicale; en effet, l'hématurie rénale vraie, qui se produit, pour ainsi dire, en masse; réalisant le tableau de l'hémoptysie du rein, se produit avant tout autre symptôme; mais si nous en croyons nos observations, cette forme constitue plutôt une rareté; nous ne l'avons constaté que chez douze malades soit dans 13 33 0/0, et encore ce chiffre mérite-t-il des réserves, étant établi le plus souvent, non point sur des constatations médicales, mais d'après les dires des malades.

Il n'en est pas de même pour l'hématurie vésicale qui est plus fréquente, mais qui est loin d'avoir la même valeur puisqu'elle ne fait que compléter le

tableau symptomatique de la cystite. Cette forme est aussi bien plus fréquente : nous l'avons observée dans trente-deux cas ; c'est cette hématurie qui se manifeste à la période d'état par l'expulsion de quelques gouttes de sang au cours de la miction, ou par la coloration du sédiment urinaire des 24 heures. Nous ne voudrions pas dire par là cependant que seule l'hématurie du début est une hématurie d'origine rénale. Chez deux malades (obs. XLX, LXIII), après le pissement du sang du début, l'affection a continué à évoluer d'une façon hémorragique ; (il faut observer, en outre, que le malade de l'observation LXIII était porteur d'un calcul rénal diagnostiqué par la radiographie avant l'intervention. Nous avons pu voir un fait semblable chez un malade opéré par le docteur Guiliani) ; nous nous souvenons aussi d'avoir pu observer un cas où les lésions étaient bilatérales et très avancées, cas, par conséquent inopérable ; la terminaison fatale s'est effectuée au milieu d'hémorragies d'une intensité considérable et d'origine manifestement rénale. Enfin une troisième forme de l'hématurie est l'hématurie microscopique, qui peut, non seulement accompagner les formes précédentes, mais exister encore à leur exclusion. Elle a été notée dans quinze cas ; mais il est certain que dans toute tuberculose rénale, le microscope décele la présence de globules rouges dans l'urine ; il s'agit ici probablement de faits où les globules rouges étaient particulièrement abondants.

Un autre fait intéressant est la persistance de l'hématurie pendant une longue période de temps, ce qui est le cas de la malade observée par le docteur Guiliani.

2° *Pyurie*. — La pyurie est un symptôme constant. Tous nos malades l'ont présentée à divers degrés, quelques-uns sous forme d'un léger dépoli des urines, la plupart d'une façon très intense. Chez trois malades seulement, l'urine était limpide à l'œil nu ; mais le microscope y décelait des globules de pus en grand nombre, même dans un cas de tuberculose fermée. On comprend dès lors combien, à moins qu'il ne s'agisse de cas semblables à ces derniers, combien, dis-je, il est difficile de distinguer l'origine, rénale ou vésicale, du pus, les deux sources se superposant souvent l'une à l'autre, et celle-ci venant masquer celle-là. Le cathétérisme urétéral seul permet alors de faire la part de ce qui revient à chaque organe ; ou bien encore la cystoscopie qui, ainsi que nous l'avons dit plus haut, permet de constater l'issue du pus au niveau de l'orifice urétéral. Il est d'autres cas encore : ce sont ceux où, chez les malades porteurs de volumineuses pyonéphroses, des périodes de rétention rénale alternent avec des débâcles purulentes (observ. XXXII, XLVIII, LXIV, XC).

A la pyurie, se rattache l'étude du signe de Colombino : déformations des globules blancs. Nous ne l'avons pas étudié d'une façon particulière : cette étude a fait l'objet de la thèse de Viallet (Lyon 1907), qui, se basant sur les observations de Colombino (*Annales des maladies des org. gén.-urin.* 1906), celles de Moscou (*Presse Médicale* 1907), et les siennes, arrive aux résultats suivants :

1° 20 observations de Colombino : toutes positives..

2° 24 observations de J. Moscou : 18 positives ; 4 obs. de tuberculose rénale où il y n'y a pas de déformations leucocytaires ; 2 observations de lésions urinaires non spécifiques où ces déformations existent.

3° 10 observations personnelles ; 8 positives ; 2 négatives.

L'auteur conclut ainsi : « Si cette déformation peut, d'une part, manquer dans la tuberculose rénale ; d'autre part, se rencontrer dans d'autres affections que la tuberculose ; on la trouve cependant dans une assez grande proportion pour lui accorder une valeur considérable ». Signalons enfin un fait sur lequel M. le professeur Teissier a insisté au Congrès international : à savoir qu'il est des lésions tuberculeuses discrètes du rein qui ne se traduisent par aucun signe, pas même par une légère pyurie microscopique.

3° *Recherche des bacilles de Koch.* — Dans toutes nos observations, le diagnostic bactériologique de la tuberculose rénale s'est appuyé sur deux ordres d'expériences : l'examen direct des urines, et l'inoculation au cobaye.

a) Chez 22 malades, on a retrouvé le bacille de Koch dans les urines, soit dans une proportion de 25 0/0 environ : on a cependant employé bien souvent le procédé de Wildbolz qui dit n'avoir que cinq résultats négatifs sur 121 patients (*Folia Urologica*, nov. 1907). soit un résultat positif dans 95,87 0/0. Ce procédé consiste à faire des préparations multiples

avec le dépôt de centrifugation des urines de 24 heures.

b) L'inoculation, qui a été pratiquée pour tous malades, sauf un (il s'agissait d'une tuberculose fermée), nous a donnée, au contraire, des résultats à peu près constants : je dis à peu près, car sur 91 examens ainsi pratiqués, nous avons neuf résultats négatifs, chez des malades dont l'examen histologique et l'inoculation au cobaye, de fragments ou de pus provenant du rein enlevé, ont montré la nature tuberculeuse des lésions. Quelles sont les influences qui ont pu entraver la virulence du bacille ? A ce sujet, nous avons plusieurs cas à envisager :

1° Dans une première série de faits, il s'agit de tuberculose fermée (obser. LXX).

2° Dans un autre groupe, nous rangerons les cas où il existait une infection associée (obser. LXIII, LXXI, LXXX, LXXXVI) : on sait, en effet, que le développement des microbes de la suppuration banale arrête le développement du bacille de Koch, et la preuve en est bien faite pour les observ. LXXI, et LXXXVI, où un examen bactériologique pratiqué ultérieurement a donné une inoculation positive et des cultures stériles.

3° Dans un troisième groupe (observ. V, XLIII, XLVIII), il n'y avait pas d'association microbienne : sans que nous trouvions rien pour expliquer ce résultat négatif, il est à retenir que chez ces trois malades, les lésions du rein enlevé étaient excessivement avancées, et peut-être là s'est-il produit

un processus analogue à celui que l'on rencontre dans la tuberculose pulmonaire, où le nombre des bacilles diminue au fur et à mesure que les lésions évoluent vers la fonte purulente.

4° Enfin, chez la malade de l'obser. LXXXV, l'inoculation a été négative, alors que l'examen direct avait donné un résultat positif, ce fait paradoxal ne s'explique guère que par une confusion probable entre le bacille de Koch, et les bacilles acido-résistants.

Mais la recherche, positive ou négative, du bacille de Koch dans les urines, ne suffit pas à elle seule, pour faire poser ou rejeter le diagnostic de tuberculose rénale: nous parlions, il n'y a qu'un instant, des tuberculoses absolument latentes signalées par le professeur Teissier. A côté de ces formes, où l'on ne trouve pas de bacilles, mais où il existe des lésions, il est des cas où on trouve le bacille, mais sans processus morbide: ce sont les cas de bacillurie sans lésions, analogues à ce qui passe dans l'éberthisme. Il ne faut donc pas se fier d'une façon trop absolue à l'examen bactériologique, mais contrôler ces résultats par la recherche des autres signes.

4° *Associations microbiennes.* — Dans un certain nombre de faits (28 observations. Voir tableau n° 2), le bacille de Koch n'était pas isolé, mais se trouvait associé à d'autres espèces microbiennes: dans dix-neuf cas, il s'agit du staphylocoque: dans cinq cas seulement, on trouve le coli-bacille: chez un malade, ces deux formes étaient associées: on a encore

Infections Associées

OBSERV.	Hommes	Femmes	Cathétérismes antérieurs	Urétrites	ESPÈCE MICROBIENNE
III	H	»	»	»	Streptocoque
XIV	»	F	S	»	Coli-bacille
XXXV	H	»	S	»	Coli-bacille
XIX	H	»	»	»	Staphylocoque blanc
XX	»	F	»	»	id.
XI	»	F	S	»	id.
XVI	»	F	»	»	id.
X	H	»	S	»	id.
II	H	»	»	U	id.
XXXI	»	F	»	U	id.
XXXIII	H	»	»	»	id.
XXXVI	»	F	»	»	Pneumocoque
XLII	H	»	S	U	Staphylocoque
XLV	H	»	»	»	id.
XLVI	H	»	S	U	id.
LIII	»	F	»	»	Coli-bacille
LVI	H	»	»	»	Staphylocoque
LXIII	H	»	S	»	id.
LXIV	»	F	S	»	id.
LXV	H	»	S	U	id.
LXIX	»	F	»	»	Bactérie septique de Clado
LXXI	H	»	»	»	B. pyocyannique,
LXXV	»	F	»	»	Staphylocoque
LXXVIII	»	F	»	»	id.
LXXX	»	F	»	»	Coli-bacille, staphyloc.
LXXXIV	H	»	»	U	Coli-bacille
LXXXVI	»	F	S	»	Staphylocoque
LXXXVIII	»	F	»	»	Cocci (anaérobies)

trouvé le pneumocoque, le bacille pyocyanique, la bactérie septique de Clado, et le streptocoque. Nous ne pouvons pas cependant tirer de ces faits toutes les conclusions qu'ils comportent, étant donné que les recherches bactériologiques ont porté à peu près exclusivement sur les urines vésicales, et non sur les urines recueillies directement dans le rein. La genèse de ces associations polymicrobiennes est assez difficile à établir la plupart du temps, et se trouve soit dans une lésion antérieure des voies urinaires (urétrite) inférieures, soit dans les cathétérismes antérieurement subis par les malades. Lorsque nous n'avons retrouvé aucune de ces données étiologiques, il s'est agi presque uniquement de femmes, chez lesquelles la brièveté de l'urètre permet de supposer une infection plus facile.

Les associations microbiennes ont-elles une influence sur la marche de l'affection, ou sur les suites opératoires ? Il ne semble pas que la marche de l'affection en ait été bien modifiée : signalons cependant ce fait que chez la malade de l'observ. LXXX, la cystite banale greffée sur la tuberculose vésicale s'était développée dans des proportions assez considérables, au point de masquer la nature tuberculeuse, les lavages réguliers de la vessie ayant amené la capacité vésicale à 400 gr. de 90 gr. qu'elle était à l'entrée de la malade dans le service.

Au point de vue des complications opératoires, l'intervention n'a, en général, présenté aucune gravité particulière dans le cas d'infection surajoutée. Nous ne saurions passer sous silence cependant que

la phlébite la plus grave qu'il nous ait été donné d'observer, s'est développée chez la malade de l'observ. LXIX, dont les urines avaient fourni des cultures de bactéries septiques de Clado, et que chez le malade de l'observ. LIII, nous avons vu évoluer une broncho-pneumonie d'allure assez inquiétante. Mais en somme, il s'agit là de faits isolés qui sont à retenir, sans qu'on puisse encore en tirer aucune conclusion.

ETAT DES REINS ET DES URETÈRES

1° *Le filtre rénal.* — L'étude du filtre rénal est importante à deux points de vue: d'abord au point de vue des modifications à la sécrétion urinaire qu'apporte dans le rein malade le processus tuberculeux; ensuite, au point de vue de la valeur fonctionnelle du rein qui, en cas d'intervention, peut être appelé à suppléer son congénère.

Nous nous sommes adressés le plus souvent et le plus volontiers à l'analyse chimique (dans soixante-six cas), car c'est elle qui nous a donné les meilleurs résultats. Les observations pour lesquelles cette analyse n'a pas été faite sont des observations du début; dans tous les cas cette analyse est actuellement pratiquée d'une façon systématique. Accessoirement, nous nous sommes adressés à l'injection du bleu de méthylène, à l'épreuve de la

glycosurie phloridzique, à la chromato-cystoscopie, et à la cryoscopie.

a) L'analyse chimique a été faite sur les urines totales, et sur les urines obtenues par séparation ou par cathétérisme urétéral. Il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation du résultat des conditions cliniques dans lesquelles on recueille l'urine, c'est-à-dire de la polyurie ou, au contraire, de l'oligurie qui peut se produire au moment de l'examen.

D'après les auteurs, on doit observer une diminution de l'urée, et une augmentation des chlorures et des phosphates: or, si nous avons constamment trouvé une diminution de l'excrétion de l'urée dans l'urine totale, le taux des chlorures et des phosphates a toujours été ou moindre ou sensiblement égal au taux normal, mais jamais supérieur. Dans la plus grande partie de nos observations, le dosage a porté, comparativement aux urines totales, sur les urines du rein supposé sain: nous avons alors pu constater la teneur en urée toujours plus considérable que celle de l'urine totale, quelquefois dans de très fortes proportions; et quand on a dosé les urines du rein malade, leur teneur en principe minéraux a toujours été d'une extrême faiblesse. On a aussi apporté un soin méticuleux à la recherche de l'albumine à cause des lésions de néphrite que peut présenter le rein supposé sain, et dont nous nous occuperons dans un instant. Nous devons cependant signaler, d'après Albarran (*cité par Reynaud*), deux causes d'erreur dont il suffit d'être averti: deux reins parfaitement sains peuvent, chez le même sujet, avoir une grande

différence de valeur sécrétante: d'autre fois, la proportion d'urée peut être plus considérable du côté malade que du côté sain. Mais ce sont là des faits rares dont nous n'avons rencontré aucun exemple.

b) L'épreuve du bleu de Métylène a été faite douze fois (obs. II, IX, XXII, XXVI, XXIX, XXXIII, LX, LXI, LXIII, LXXV, LXXXV, XC), et ne nous a guère donné de résultats; dans un cas où la perméabilité rénale était suffisante d'après elle, l'autopsie a révélé des lésions importantes du rein opposé à la néphrectomie; chez nombre d'autres sujets chez lesquels elle a indiqué un émonctoire rénal altéré, la fonction n'a été nullement troublée après l'intervention. Peut-être rend-elle des services lorsque, selon la technique d'Albarran, on recueille simultanément les urines des deux reins séparées par le cathétérisme urétéral, pendant toute la durée de l'opération: on peut alors comparer utilement le fonctionnement de chaque rein. Mais nous n'avons pas trouvé à cette méthode un grand intérêt pratique.

c) Nous en dirons à peu près autant de l'épreuve de la glycosurie phlorydrique; nous y avons eu recours chez six malades (Obs. XXII, XXXII, XXXV, LV, LXI, LXXXV); elle ne nous a pas donné de résultats particulièrement intéressants. Cependant, il est à noter que chez le sujet de l'obs. XXXV, où il existait des lésions assez importantes du rein non enlevé, il n'y a pas eu de glycosurie.

d) La chromatocystoscopie (Méthode de Wœcker et Joseph), employée dans trois cas, n'a pas été faite

d'une façon assez systématique pour que nous puissions en tirer des conclusions.

e) Enfin, la thèse de Reynaud donne pour trois malades une série d'examens cryoscopiques de l'urine pratiqués par M. Chanoz : or, dans l'obs. VIII, ces examens donnaient la formule de l'insuffisance rénale (d'après Claude et Balthazard), et actuellement cette malade est un des plus beaux cas de notre statistique.

On voit en somme que le plus souvent on s'est contenté, pour apprécier la valeur fonctionnelle des reins, de l'analyse chimique.

2° *L'autre rein.* — Un rein tuberculeux ne se contente pas d'évoluer isolément : il exerce une influence marquée sur son congénère qui pourra présenter deux ordres de lésions : ou bien des lésions tuberculeusês spécifiques ou bien un processus inflammatoire banal. Leur pathogénie a été étudiée par Albarran (*Annales de Guyon, 1907*) et son élève Mangeais (*Th. Paris 1908*), d'une façon très complète.

Le rein tuberculeux peut-il infecter directement son congénère ? On conçoit combien l'indication opératoire serait formelle si ce fait venait à être démontré. Mangeais a vu cette infection se produire chez 2 de ses animaux sur 8 : les statistiques (Albarran, Bronghersma, Isermeyer, *Th. de Kiel 1902*), reconnaissent cette cause dans l'origine de 20 % des lésions bilatérales.

Quel est le mécanisme de cette infection ? Les

partisans de la voie sanguine pensent qu'elle se fait par l'intermédiaire du canal veineux réno-capsulo-diaphragmatique (Albarran et Cathelin); ceux de l'infection lymphogène (Bronghersma et Tendeloo) pensent qu'elle se fait grâce aux anastomoses des deux systèmes lymphatiques rénaux.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur la question de la bilatéralité des lésions, en face desquelles nous étudierons ultérieurement la conduite à tenir.

Les lésions inflammatoires qui constituent, en somme, la *néphrite des tuberculeux*, peuvent reconnaître trois ordres de causes :

1° Dans un premier cas, les lésions s'expliqueraient par le réflexe réno-rénal déjà invoqué pour expliquer les phénomènes douloureux qui siègent au niveau du rein sain et que l'on peut aussi considérer avec vraisemblance comme cause de troubles circulatoires ou trophiques dans des conditions encore indéterminées ;

2° En second lieu, il peut y avoir surmenage et dégénérescence secondaire du rein primitivement sain qui se trouve chargé de la déchéance fonctionnelle ;

3° Enfin et surtout, ce rein est constamment menacé, ainsi que l'ont montré Castaigne et Rathery, Albarran et Bernard, Pousson, J. Teissier, par les néphrotoxines que sécrète son congénère malade, et qui ont une action élective sur les épithéliums de même nature.

C'est à ce dernier mécanisme que Maugeais rattache les troubles qu'il a observé chez ses animaux en expérience : « On peut conclure, dit-il (*Loc. cit.*, p. 43) que la tuberculose rénale unilatérale retentit un peu sur le rein du côté opposé : celle-ci a tendance, à la longue, à faire de la polyurie et présente constamment une légère albuminurie. Ces deux symptômes indiquent l'un et l'autre un léger état de souffrance de l'organe et permettent déjà de penser que le rein sain est légèrement altéré par son congénère tuberculeux ».

Ces symptômes répondent à des lésions de néphrite légère et diffuse : « Le rein opposé à une tuberculose rénale unilatérale est très peu touché ; ces faits concordent avec ceux que nous avons notés au point de vue fonctionnel, si bien que la conclusion qui se dégage, c'est que la tuberculose rénale unilatérale retentit très peu sur le rein opposé ; et que celui-ci, au point de vue anatomique, histologique et physiologique est à peu près normal et par là même en mesure d'assurer à lui seul la fonction rénale (*Ibid.*, p. 47) ».

Ceci répond à l'une des formes décrites par les auteurs, l'albuminurie simple (Albarran, *loc. cit.*, Jousset, etc.) ; nous avons pu observer des faits semblables (albuminurie simple, toute cause d'erreur, sang ou pus, étant écartée) chez 15 de nos malades (Obs. XXXI, XXXVI, LI, LIII, LVII, LIX, LXI, LXV, LXXV, LXXX, LXXXVI, LXXXI, LXXXVII, LXXXVIII), la quantité d'albumine variant de traces très faibles à 0, 75 cg. par litre. Le petit nombre de

cas où nous l'avons constaté s'explique par ce fait que nous avons dû rejeter tous ceux où l'on ne pouvait écarter les causes d'erreur. A côté de cette forme, on en a écrit une autre plus grave, la forme néphritique franche, hydropigène ou hématurique, desquamative ou non. Il nous a été donné de l'observer chez le malade de l'obs. X qui a présenté une forme de néphrite interstitielle avec polyurie intense (il était en même temps porteur de rétrécissements de l'urèthre et les urines renfermaient du staphylocoque). Nous attachons une grande importance à la recherche de la polyurie dont la constatation est plus facile que celle de l'albuminurie, dont on ne sait jamais exactement l'origine dans des urines purulentes et sanglantes ; chez les adultes, cette recherche est encore plus importante que chez les vieillards. Dans l'obs. XLVII, le rein laissé en place, à côté de lésions tuberculeuses, devait probablement présenter des lésions de néphrite hydropigène qui expliquent les œdèmes et l'albuminurie importante qui se sont manifestés avant la mort.

Or, ces deux types présentent, au point de vue de l'indication et du pronostic opératoires, une importance primordiale : l'albuminurie simple, loin de constituer une contre-indication, indiquera une néphrectomie hâtive ; le second cas, au contraire, entraînera l'abstention absolue, car on s'exposerait à voir éclater plus rapidement les phénomènes urémiques que retardent peut-être les quelques éléments du rein malade épargnés par le processus tuberculeux.

Mais ce deuxième cas nous paraît plutôt une exception et nous pouvons faire nôtre la conclusion de Maugeais (p. 50) : « En somme, d'après Albarran, ces reins fonctionnent bien, ils obéissent à la polyurie expérimentale, éliminent bien le sucre dans l'épreuve de la phloridzine et le bleu de méthylène... Nous basant sur ces faits, nous pouvons conclure que la tuberculose rénale unilatérale retentit très peu sur le rein du côté opposé ; la légère albuminurie que l'on trouve fréquemment semble due à l'élimination de toxines tuberculeuses et n'indique nullement une localisation secondaire de la tuberculose ». Cette conclusion est, d'ailleurs, en parfaite concordance avec ce que nous avons pu constater cliniquement, savoir l'absence de troubles de l'équilibre fonctionnel rénal ; nous pouvons donc dire que l'autre rein est généralement peu touché, ou qu'il peut se relever.

3° *Le rein et l'uretère malade.* — Nous ne voulons pas nous arrêter longuement à l'anatomie pathologique du rein que rencontre le chirurgien pratiquant la néphrectomie. Le diagnostic exact de l'étendue des lésions n'ayant qu'une importance secondaire au point de vue indication opératoire. Nos opérés ont présenté à peu près exclusivement des lésions ulcéro-caséeuses et pyonéphrotiques, si l'on en excepte quelques cas de lésions anciennes où le processus spécifique ne se reconnaissait que grâce aux méthodes de laboratoire, l'organe ayant été envahi par la scléro-lipomatose.

Les lésions de périnéphrite et d'urétérite peuvent,

ainsi que nous le verrons, modifier la conduite du chirurgien, et c'est pourquoi nous y insisterons davantage ;

a) Dans nos 90 observations, la périnéphrite a été notée dix-huit fois, mais avec une intensité variable ;

Dans certains cas, on n'a eu à faire qu'à des adhérences localisées, en un point de la périphérie de l'organe, le plus souvent au pôle supérieur, et n'ayant eu pour résultat que de rendre la libération un peu plus difficile ;

Il n'en est pas de même lorsque les lésions ont acquis une intensité analogue à celles qu'elles ont présenté dans les obs. XXVI, XXXIV et LXX. Dans l'obs. XXVI, l'atmosphère celluleuse était parsemée de gros foyers caséux dont l'un avait perforé le côlon formant une fistule que l'on dût traiter et suturer. Dans les obs. XXXIV et LXX, le développement du phlegmon péri-néphrétique avait masqué la lésion rénale originelle et avait pu en imposer pour un abcès ossifluent (dans l'obs. XXXIV l'évolution ultérieure d'un mal de Pott, nous oblige à faire cependant des réserves sur l'origine de cet abcès) ;

Enfin, en dehors de ces cas extrêmes, il en est d'autres, d'intensité moyenne (capsule très épaissie et très adhérente) qui indiquent la néphrectomie sous-capsulaire.

b) Les lésions rénales se propagent dans une assez large mesure à l'uretère : l'envahissement de ce dernier a été noté dans vingt-sept cas. Mais ce serait

assurément se méprendre sur le pourcentage de ces lésions, que d'admettre ce chiffre. Nous croyons qu'il faut l'interpréter comme l'expression de lésions particulièrement importantes dans ces cas. Les lésions que nous avons pu observer ont presque toujours consisté dans une induration en masse des parois de ce canal, dont la lumière devient irrégulière et renferme les produits d'élimination des foyers caséux voisins. Exceptionnellement, (obs. LXXII) l'uretère était sain, et la réaction s'était passée dans le tissu périphérique. Un autre cas intéressant (observation LXXXVIII) est celui où nous avons trouvé immédiatement au-dessous de l'abouchement pyélitique de l'uretère, un tubercule intra-pariétal, gros comme une noisette, non ouvert, qui obturait presque entièrement la lumière de ce canal. Signalons encore un fait qui s'est présenté dans une série d'examen cystoscopiques ; il s'agit d'un rétrécissement urétéral qui siège à une très petite distance (quelques millimètres) de l'abouchement intra-vésical de l'uretère, et qui peut constituer un obstacle au cathétérisme urétéral, la sonde butant dès son entrée et ne pouvant plus cheminer.

Il nous a paru utile de rechercher dans quelle mesure les lésions urétérales pouvaient être diagnostiquées, et quelle valeur séméiologique on pouvait accorder à la perception de l'uretère par le toucher urétéral, et à l'étude des points douloureux (réflexes urétéraux de Bazy, clavier urétéral de Maire) :

1° Chez l'homme, M. Rafin n'attache pas une

grande importance au toucher de l'uretère juxta-vésical, car il est difficilement accessible ; d'ailleurs, le toucher est douloureux par lui-même et les résultats en sont peu précis. Il en est tout autrement chez la femme, chez laquelle il a une grande valeur : un uretère induré indique toujours une lésion rénale ; mais un rein peut être malade, sans que l'uretère soit perceptible.

Sur 56 femmes opérées, les résultats du toucher vaginal ont été donnés dans 29 observations, avec 18 cas positifs contre 11 négatifs ; soit un pourcentage de 62,4 0/0. A noter que dans l'obs. XI, où l'on avait perçu les deux uretères, on a eu un décès ultérieur par lésion du rein non enlevé.

2° L'examen des points douloureux, positifs chez 19 malades, a coïncidé sept fois avec des lésions de l'uretère, soit dans 36,8 0/0. La localisation aux divers segments de l'uretère de ces points douloureux est très variable, depuis le bassinnet jusqu'à l'uretère juxta-vésical.

3° Dans 14 cas, les lésions urétérales ne s'étaient manifestées par aucun symptôme, subjectif ou objectif.

4° Enfin, dans un seul cas, les résultats du toucher, de la recherche des points douloureux et de l'examen des lésions ont parfaitement coïncidé.

LÉSIONS DES ORGANES GÉNITAUX

Il est fréquent, chez l'homme, de trouver la tuberculose réno-vésicale associée à des lésions de même nature des organes génitaux : prostate et vésicules séminales, testicules et épидидymes, urèthre. Sur nos 36 observations d'hommes, ces lésions génitales ont été notées 23 fois, soit un pourcentage de 63,90 0/0.

La tuberculose de la prostate a été constatée isolément chez six malades.

Dans sept cas, les lésions épидидymaires existaient seules, ou tout au moins sans lésions appréciables de la prostate.

Dans neuf cas, la prostate et l'épididyme étaient tous les deux intéressés.

Dans quatre cas enfin, il s'agissait d'une tuberculose uréthrale : chez trois de ces malades (obs. XXII, LVI, LXXI) les lésions étaient cicatricielles (rétrécissements de siège variable); chez le quatrième (obs. LXVII) il s'agissait d'une folliculite ulcérée. Dans l'obs. XXII, la tuberculose uréthrale coïncidait avec les lésions prostatiques et testiculaires.

Ces lésions ont pour caractère général d'être torpides, à évolution lente, aboutissant plutôt à la sclérose qu'à la suppuration; le dernier processus ne s'est montré, en effet, que chez deux malades : celui de l'obs. III, et celui de l'obs. LXXI; encore chez ce dernier, l'opération a-t-elle montré que la lésion avait plutôt un point de départ uréthral.

Il est difficile d'établir un rapport de chronologie entre les deux ordres de lésions rénales ou génitales : il n'y a guère que la localisation testiculaire qui attire l'attention du malade ; mais il peut exister depuis longtemps un foyer prostatique, de même qu'une tuberculose rénale peut évoluer longtemps sans se manifester par des symptômes vésicaux.

Le début de leur évolution n'a été noté que pour huit malades : chez cinq d'entre eux, la localisation génitale est bien antérieure aux autres manifestations urinaires (obs. XII : quatre ans avant ; obs. XXII : un an avant ; obs. XXIX : dix ans avant ; obs. LVI, LVII) ; dans trois cas, les deux ordres de lésions se sont manifestées en même temps (obs. XLVI, LXXV, LXXIV).

Il résulte de l'évolution torpide des localisations génitales que le pronostic de la tuberculose rénale n'en est guère modifié ; il faut cependant émettre une réserve : c'est qu'à priori, on peut conclure que les lésions vésicales auront moins de tendance à guérir après la néphrectomie.

La tuberculose épididymaire et surtout prostatique peut-elle modifier les indications opératoires dans la tuberculose rénale ? Nous étudierons cette question ultérieurement. Pour le moment, qu'il nous suffise de constater l'association fréquente de ces deux manifestations morbides de la diathèse.

Cependant il y a lieu de retenir que les lésions peuvent gêner l'exploration ; ainsi, dans l'obs. LVI, on a dû pratiquer l'uréthrotomie interne, et la vieille

lésion de la prostate cautérisée que présentait le malade de l'obs. XXII a empêché la cystoscopie.

II. LES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

Nous décrirons sous ce titre les symptômes généraux proprement dits, c'est-à-dire les modifications de l'état général et la fièvre, et les lésions des systèmes autres que le système génito-urinaire, c'est-à-dire les diverses localisations tuberculeuses et les troubles circulatoires qu'il nous a été donné d'observer.

Modifications de l'Etat Général

Nous avons pu observer une modification très appréciable de l'état général dans trente observations, soit dans un tiers des cas; parmi ces trente malades, on est intervenu dans onze cas où cet état était mauvais, avec, chez certains, des troubles gastriques, anorexie, vomissements, liés à la cachexie. Dans les deux autres tiers, les modifications apportées par la maladie à l'état général étaient assez faibles: cependant, même les sujets qui avaient conservé leur embonpoint, frappaient par un certain degré de pâleur qui tenait quelque peu de l'anémie banale (constatée nettement dans l'obs. XLIII) et de l'aspect des néphrites.

Amaigrissement. — L'amaigrissement, quoique n'ayant été noté que dans vingt-quatre observations, est un symptôme que nous avons pu constater fréquemment ; et toutes les fois, on a enregistré une perte de poids considérable et rapide, atteignant quelquefois 12 kil. en trois mois (obs. LVI). Cet amaigrissement est d'autant plus marqué que les malades nous sont arrivés quelquefois, après avoir été condamnés au régime lacté qu'une erreur de diagnostic sur la présence d'albumine dans les urines, leur avait fait prescrire. Souvent aussi dans les cas d'affaiblissement rapide, un traitement général rigoureux, suralimentation, séjour à la campagne, a pu permettre d'enrayer cette déchéance et d'opérer des malades dans de bien meilleures conditions pour le pronostic ultérieur.

Fièvre. — La fièvre, que nous n'avons notée que pour sept malades, nous a paru le plus souvent liée à des rétentions rénales intermittentes dans les formes pyonéphrétiques : cette hyperthermie présente les caractères généraux des poussées fébriles de la bacillose, c'est-à-dire leur irrégularité et leur intermittence.

Lésions tuberculeuses non génito-urinaires

Ces lésions tuberculeuses se sont présentées assez fréquemment, soit dans les antécédents de sujets en

observation, soit évoluant encore au moment de l'examen clinique. La recherche des antécédents à ce point de vue a été positive dans vingt-cinq cas; quinze fois les lésions persistaient encore.

Le plus souvent (19 obs.) il s'est agi de tuberculose pleuro-pulmonaire: huit fois, une pleurésie; dans les autres cas, il s'est agi de lésions habituellement discrètes des sommets, répondant dans la plupart des cas au schéma de Grancher.

Chez sept malades, nous avons retrouvé les traces de lésions ostéo-articulaires diverses;

Trois malades avaient présenté antérieurement des adénites cervicales suppurées;

Enfin nous avons rencontré: une péritonite, deux lésions cutanées (lupús) cicatrisées; deux otites, une kératite intersticielle.

Troubles circulatoires

Nous n'avons pas rencontré de troubles cardiaques importants chez nos opérés. Il faut cependant signaler la question de l'hypotension artérielle chez les tuberculeux rénaux:

A la suite des travaux de Reitter, nous avons recherché la valeur de la tension artérielle chez quatre malades en observation à ce moment (obs. LX, LXI, LXIII, LXIV), et voici les résultats que nous avons obtenus:

Obs. LX : Tension artérielle (mesurée au sphymomanomètre de Potain) : 18 Guérison opératoire. Inoculation post-opératoire négative.

Obs. LXI (état général mauvais) : Tension artérielle = 14. Mort opératoire par infection.

Obs. LXIII : Tension artérielle = 18. Broncho-pneumonie post-opératoire. Etat général et local parfait.

Obs. LXIV : Tension artérielle = 14. Guérison opératoire ; amélioration notable. Inoculation post-opératoire positive.

Sans vouloir tirer de conclusions de ces résultats, nous ne pouvons manquer de signaler ce fait que dans deux cas, contrairement aux assertions de Reitter, la tension artérielle a été supérieure ou égale à la normale. Dans un cas d'hypotension, l'évolution post-opératoire a été normale.

Guérison spontanée de la tuberculose rénale

Une question qui a soulevé bien des polémiques, ce qui témoigne de son importance, mais qui paraît, à l'heure actuelle, définitivement jugée, c'est la question de la guérison spontanée de la tuberculose dont nous allons étudier les diverses mortalités.

Quand peut-on dire cliniquement qu'une tuberculose rénale est guérie ? Lorsque l'urine sera clarifiée, ne renfermera ni pus, ni sang, que son inocu-

flation au cobaye sera négative et que l'état général se sera amélioré progressivement. Mais cela ne suffit pas : un rein guéri doit fonctionner, et nous réclamons que ce fonctionnement soit contrôlé par la séparation endo-vésicale ou le cathétérisme urétéral. Or, cette guérison est à peu près impossible. Les vérifications opératoires, ou autres ont toujours montré que si, parfois, il existait des foyers rénaux cicatrisés par sclérose ou crétification, il y avait toujours, à leurs côtés, des points à évolution caséuse (Hallé et Motz), confirmant ainsi les conclusions des expériences de Salomon (*Recherches sur les lésions rénales causées par les poisons tuberculeux*) : « Le tubercule rénal évolue vers l'infiltration et la caséification, bien plutôt que vers l'enkystement fibreux ». A côté de ces preuves expérimentales et anatomopathologiques, existent les preuves cliniques.

En 1905, à la mémorable discussion qui eût lieu au Congrès d'urologie, Paul Delbet, étudiant 247 observations de tuberculose rénale, conclut contre Le Für, qu'il n'y a pas encore de cas authentique de guérison spontanée de tuberculose rénale. Au Congrès International d'Urologie (1908). Bronghersma arrive à la même conclusion que « cette guérison ne peut entrer en ligne de compte », après avoir discuté deux observations de Korterveg. Enfin, nous ne saurions passer sous silence l'article de Deschamps, paru en 1907, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Dans ce travail, l'auteur publie deux observations du service du Dr Bazy :

1° La première a trait à une pyonéphrose partielle

occupant le pôle supérieur du rein, qui, d'après l'auteur formait une collection *enkystée, ne communiquant pas avec l'uretère* ; cependant les urines *étaient troubles*, l'état général très mauvais, la température oscillait entre 38° 5 et 39°. Il n'y avait pas de troubles vésicaux. M. Bazy fait une néphrectomie partielle, et, comme la moitié inférieure du rein est d'aspect normal, se contente d'enlever les lésions. Consécutivement, l'état général s'améliore, les urines redeviennent claires, et la cystoscopie permet de contrôler le fonctionnement des deux reins.

L'autorité qui s'attache au nom de l'éminent chirurgien de Beaujon, ne nous permet pas de contester la vraisemblance de ce fait qu'un processus capable de créer une lésion aussi grave, n'ait pas touché le reste de l'organe ; un cas semblable doit être cependant chose rare, car nous n'en connaissons point d'autre exemple. Mais pour nous présenter cette observation comme un cas de guérison spontanée, l'auteur aurait dû nous dire si on avait eu une inoculation post-opératoire négative : en effet, le parenchyme laissé en place, pouvait présenter des lésions minimales insuffisantes peut-être, pour amener des urines troubles, mais renfermant encore des bacilles et du pus visible seulement au microscope.

Nous ne saurions donc accepter sans réserve cette observation telle qu'elle est présentée. L'obs. II est encore moins probante.

2° Il s'agit d'une jeune fille qui présentait des symptômes de cystite intense, de l'urétérite gauche, et un amaigrissement considérable : on fait un trai-

tement conservateur, et l'auteur ajoute : « Son état s'améliore progressivement, les douleurs disparaissent bientôt complètement, les mictions et l'urine redeviennent normales ».

En février 1907, la malade présente un état de santé florissant, elle a engraisé, et supporte bien toutes les fatigues.

Nous pensons, et c'est l'opinion de M. Rafin qui a vu cette malade, qu'il s'agit ici d'un beau cas d'antonephrectomie par dégénérescence scléreuse du rein, et qu'elle va plutôt à l'encontre de la thèse de Deschamps. Cette observation est absolument superposable, pour ne citer que celle-là, à l'obs. de Lorenzo (*loc. cit.* p. 27). D'ailleurs, ici tout semblant de contrôle manque pour vérifier l'état du rein gauche.

L'antonephrectomie, c'est-à-dire la destruction spontanée du rein à la suite de l'oblitération de l'uretère, dégénérescence scléreuse du rein, fonte caséuse et crétification, et un processus bien étudié et bien décrit (Gayet et Cavaillon, *Annales de Guyon*, 1904.). Mais si parfois, il s'agit d'une destruction vraie, il persiste généralement au-dessus de l'obstacle urétéral un foyer tuberculeux latent qui, au lieu d'éliminer ses produits toxiques, les déverse dans la circulation générale, constituant, comme nous l'avons vu plus haut, un danger constant pour son congénère, et pour l'état général du sujet. Dans trois observations (obs. XXIV, LXX et XCII), la vessie, après avoir été touchée, s'était guérie ou très améliorée, et les symptômes urinaires avaient à peu près disparus : seules les méthodes d'exploration ont

permis de porter le diagnostic d'exclusion rénale. Malgré ce, chez les malades n^o XXIV et LXX, l'état général était excessivement touché ; et l'ablation, à travers un abcès périnéphrétique énorme, d'un organe réduit à une simple poche purulente, a amené dans les deux cas une amélioration considérable. Le cas de Lorenzo dont nous parlions il y a un instant, opéré par Pasteau, est identique. De même la thèse de Reynaud (p. 75, obs. VV), en rapporte un cas des plus probants.

A côté de ces cas, qui sont loin d'être rares, il en est d'autres, où la rétention rénale est intermittente, et nous pensons ici à un malade non opéré que nous avons pu observer. Cet homme, qui présentait depuis longtemps tout l'ensemble symptomatique de la tuberculose rénale, et auquel (j'ignore pour quels motifs), on n'avait pas pratiqué la néphrectomie, revient un jour avec des urines parfaites : on pense alors à une oblitération de l'uretère. Or, il y a un an, nous avons revu ce malade, dont les urines étaient à nouveau devenues purulentes, et le cathétérisme des deux uretères nous a montré : 1^o que le pus était fourni en grande quantité par le rein primitivement atteint ; et 2^o, que l'autre rein était pris à son tour. On s'exposerait donc, en tablant sur l'antonephrectomie, à croire guéri un rein qui ne l'est pas, et à laisser l'autre rein s'infecter secondairement.

CHAPITRE II

Résultats de la Néphrectomie

I. — Résultats immédiats

MORTALITÉ OPÉRATOIRE

1° *Causes qui influent sur cette mortalité.* — La mortalité opératoire de la néphrectomie primitive pour tuberculose rénale est modifiée par trois ordres d'éléments :

a) La voie d'accès d'abord : la néphrectomie trans-péritonéale, aujourd'hui réservée à quelques cas exceptionnels, a évidemment une gravité opératoire autrement importante que la néphrectomie lombaire à laquelle elle a cédé le pas ;

b) La mortalité opératoire a diminué aussi sous l'influence chronologique : la thèse de Brodeur donne, en effet, un pourcentage de 50 % ; celles de Vigne-

ron et de Palet, qui lui sont postérieures, accusent une mortalité de 27 % environ ; Pousson, au Congrès d'urologie de 1900, donne un chiffre de 6,54 % ; et Michon, en 1902, un chiffre de 6 % ;

c) Mais cette amélioration chronologique des statistiques nous semble surtout liée au perfectionnement des procédés d'exploration qui a eu, au point de vue qui nous occupe, une importance primordiale. A ce sujet, le rapport de Casper au Congrès d'urologie 1904 est des plus suggestifs : il nous donne, en effet, les deux pourcentages suivants :

1° Chirurgiens opérant avant le cathétérisme des uretères :

Néphrectomies	129
Morts	28
Pourcentage	21,7 %

2° Chirurgiens opérant après le cathétérisme des uretères :

Néphrectomies	129
Morts	13
Pourcentage	10 %

2° *Statistiques des auteurs.*— Au 1^{er} Congrès international d'urologie, les rapports et discussions ont fourni les statistiques suivantes :

I. — MORTALITÉ GLOBALE

Chirurgiens	Nombre de Néphrectomies	Décès opératoires	Pourcentage
Albarran	118	3	2,70
Bronghersma	58	3	5,17
Casper	12	2	10,50
Israël	97	11	11,34
Kronlein	71	18	25,35
Kümmel	69	3	4,35
Pousson	43	5	11,6
Rovsing	116	6	5,10
Zuckerkandl	23	3	13,05
Wildbolz	81	3	3,70
	685	58	7,97

Ce chiffre de 7,97 % s'abaisse à 3,99 %, si on exclue les cas opérés en dehors de l'emploi des méthodes de diagnostic.

Voici un tableau que nous empruntons à Bronghersma :

Chirurgiens	Nombre de nephrectomies	Décès opératoires	Pourcentage
Albarran	106	1	0,94
Bronghersma	57	1	1,75
Casper	19	2	10,50
Kümmel	68	2	2,90
Rovsing	33	1	3,38
	277	7	3,99

3° *Statistique de M. Rafin.* — a) Statistique chronologique. — En 1905, M. Rafin a publié (*Lyon Méd.* mars 1906), sa première statistique de vingt néphrectomies, avec trois décès, soit une mortalité de 15 %.

En 1906, Reynaud, dans sa thèse publie vingt nouvelles observations avec deux décès, soit une mortalité de 10 %. La statistique globale porte donc sur quarante observations et donne un pourcentage de 12,5 %, dont sept cas de lésions bilatérales diagnostiquées avant l'opération.

Nous publions cinquante-deux nouvelles observations avec deux décès, soit une mortalité de 3,8 %. La mortalité globale de nos 92 observations est donc de 7,6 %.

L'ordre numérique des décès opératoires est le suivant : obs. IX, XVI, XVII, XXX, XXXV, LIX, LXI. On remarquera qu'il n'y a pas eu de décès opératoires de l'obs. XXXV à l'obs. LIX, soit vingt-trois opérations consécutives sans un décès. De plus, parmi les observations nouvelles que nous publions, les deux décès se rapportent aux obs. LIX et LXI ; par conséquent, du soixante-et-unième au quatre-vingt-douzième opéré il n'y a eu aucun décès, ce qui donne une série heureuse de trente-et-une opérations sans décès, série qui, espérons-le, s'augmentera encore.

Mortalité Primitive

OBSERV.	REIN NON OPÉRÉ	POUMONS	ETAT GÉNÉRAL	PROCÉDÉ D'EXPLORATION EMPLOYÉ
IX	Tuberculose	Tuberculose	Médiocre	Aucun
XVI	Tuberculose	Sains	Mauvais	Cathétérisme du rein malade
XVII	Tuberculose (fonte caséuse, anurie)	Sains	Néant	Aucun
XXX	Sain (diagnostic av. l'opérat.)	Granulée	Néant	Cathétérisme du rein sain
XXXV	Tuberculose	Tuberculose	Néant	Aucun
LIX	Tuberculose (légère, diag. av. l'opér.)	Sains	Cachexie	Cathétérisme urétéral
LXI	Néphrite	Embolie septique (infarctus)	Médiocre	id.

b) Statistique suivant le procédé d'exploration employé.

On voit donc quelle notable amélioration s'est produite dans la statistique de M. Rafin, à mesure que sa pratique s'étend. Le facteur essentiel de cette amélioration qui ne fait que progresser (puisque la dernière série de trente-et-une néphrectomies sans décès n'est pas interrompue) est certainement le perfectionnement des procédés d'investigation de l'autre rein. M. Rafin a déjà étudié ce point dans une communication qu'il a faite à la Société Nationale de Médecine de Lyon (in *Lyon Médical*, janvier 1905). Nous n'avons qu'à la compléter.

1° Malades opérés sans l'emploi d'aucune méthode d'exploration de l'autre rein : huit. Décès : trois, soit 37,7 % ;

2° Malades opérés à la suite de l'incision exploratrice : trois. Décès opératoire : zéro.

3° Malades opérés après la séparation endo-vésicale ou le cathétérisme urétéral : 81. Décès : quatre, soit 4,93 %.

« On voit, ajoute M. Rafin, combien ma statistique opératoire a été nettement et très heureusement influencée par l'emploi des procédés modernes d'investigation de l'état de l'autre rein ».

Le tableau suivant donne les causes de la mortalité opératoire ; mais, dès à présent, faisons remarquer que, dans les trois cas de mort opératoire sans examen antérieur, la mort doit être mise en grande partie au compte de l'état de l'autre rein. Par contre,

les lésions de ce rein ne furent méconnues qu'une fois (obs. XVI) chez les malades explorés, et c'était la première fois que M. Rafin utilisait le cathétérisme urétéral pour poser l'indication de la néphrectomie; ce fut le rein malade qui fut sondé, pratique que notre maître a délaissé depuis lors, aussi systématiquement que possible.

Il faut cependant faire encore intervenir l'expérience qui a fait rejeter comme inopérables certains malades qui auraient été peut-être opérés antérieurement (tel le cas obs. XXXV). Assurément il faut bien se garder avec soin de l'excès contraire qui consisterait à n'opérer que des cas favorables, excès qui serait indigne d'un chirurgien. En agissant ainsi, M. Rafin aurait certainement pu éviter le décès de l'obs. LIX. Cette malade était entrée à l'hôpital dans un état de cachexie profonde, avec des lésions peu avancées de l'autre rein que l'on avait pu diagnostiquer; après plusieurs jours d'expectation, elle fut opérée, parce que l'intervention constituait son seul espoir de salut: elle a succombé; eut-elle résisté au choc opératoire, elle aurait pu bénéficier d'une longue survie. Par contre, nous n'aurions pas eu la satisfaction de voir renaître à la vie d'autres malades dont l'état n'était guère moins lamentable (obs. XVIII, XXXIV, XC). Suivant la parole de M. Faure (*rapp. au Congrès de chir. de Bruxelles*), le chirurgien n'oubliera pas qu'il est fait non pas « pour soigner sa statistique, mais pour soigner ses malades ».

Nous n'aurions garde d'omettre un autre facteur de l'amélioration de la léthalité dans la néphrecto-

mie : c'est la gravité généralement moindre des cas soumis à l'opération. Il y a peu de temps encore, l'opération était exceptionnellement pratiquée dans la tuberculose rénale, diagnostiquée qu'elle était d'une façon tardive, et conseillée par le médecin, à la dernière extrémité. Cette pratique était aussi celle de plusieurs de nos maîtres les plus réputés, à plus forte raison, celle des praticiens plus timorés. Actuellement, la valeur de la néphrectomie étant reconnue et bien mise en lumière, les malades sont appelés plus hâtivement à bénéficier de l'intervention chirurgicale. Le fait n'est du reste pas isolé dans l'histoire de la chirurgie, et la même évolution s'est produite pour les kystes de l'ovaire, pour les fibromes et se produit actuellement pour les affections de l'estomac et de l'intestin.

En somme, la néphrectomie pour tuberculose à causé au début quelques déboires, parce que les cas à opérer se présentaient dans des conditions défectueuses, ou que les procédés d'exploration faisaient défaut. Actuellement, au contraire, la statistique des chirurgiens qui la pratiquèrent dès le début, comme M. Rafin, s'améliore de plus en plus ; et celles des chirurgiens qui n'ont pas eu à passer par cette première phase de tâtonnements sont uniformément excellentes. La néphrectomie pour tuberculose rénale s'affirme donc comme une des interventions les plus bénignes et les plus bienfaisantes de la chirurgie.

COMPLICATIONS OPÉRATOIRES

Dans 29 interventions sur 92, soit dans 9,78 0/0, nous avons eu à observer des complications : complications du côté de la plaie, complications à distance.

1° *Complications du côté de la plaie.* — Il n'est pas nécessaire de mentionner ici quelques cas de suppuration bénigne de la suture, attendu qu'il a suffi d'enlever les fils un peu prématurément pour que la poussée fébrile disparût. C'est affaire au chirurgien pour chaque cas particulier, suivant l'importance des lésions et des délabrements opératoires, de déterminer sa technique et de faire un drainage plus ou moins large.

Il faudra tenir compte également de la résistance des malades qui sont parfois si affaiblis qu'on ne peut les exposer au faible shock qui résulterait parfois d'une suppuration localisée. Il vaut mieux alors s'exposer à voir survenir une éventration, au niveau de la plaie (ex. : obs. XC).

Les lésions de l'uretère ne seront pas perdues de vue, et leur rôle dans la propagation de la suppuration : c'est à elles qu'il faut attribuer la persistance de la fièvre (obs. (XXVIII) ; il en est de même de l'état de l'atmosphère celluleuse ; — et il sera parfois bon de laisser la plaie ouverte pendant longtemps, suivant les préceptes généraux de la chirurgie de la tuberculose, que les élèves d'Ollier ne sauraient oublier.

Une complication plus grave est la fistule côlique qui s'est déclarée chez le malade de l'obs. III, le jour de l'enlèvement des mèches, c'est-à-dire au quinzième jour après l'opération : cette fistule, qui ne s'est jamais fermée, constituait à la fin un véritable anus contre nature. C'est le seul accident de ce genre. Depuis lors, quand l'ablation du rein est trop difficile, en raison des lésions de l'atmosphère, M. Rafin fait la néphrectomie sous-capsulaire, qui met à l'abri de cet accident.

Dans deux cas (obs. I et XXIX), le péritoine a été légèrement déchiré ; mais cette déchirure n'a pas eu de conséquences.

2° *Complications à distance.* — a) Phlébite. — La phlébite a compliqué l'intervention chez cinq malades (obs. XXVIII, LII, LIII, LXIX, LXXVIII). Mais nous pensons qu'il y a lieu de faire des réserves sur l'origine opératoire de la phlébite de la malade XXVIII, qui n'a éclaté que bien postérieurement à la suite d'une arthrite probablement d'origine gonococcienne. Reste quatre cas : dans deux cas (obs. LII, LXXVII), il n'y avait à noter que des lésions urétérales ; dans les deux autres, il y avait association polymicrobienne : coli-bacille dans l'obs. LIII, bactérie septique de Clado dans l'obs. LXIX où la phlébite a été très grave et de longue durée et s'est compliquée ultérieurement d'érysipèle.

b) Complications pleuro-pulmonaires. — En dehors de trois observations où la tuberculose pulmonaire a emporté les malades (v. ci-dessus : mortalité opéra-

toire). et l'obs. LXI où il s'est déterminé une embolie septique avec infarctus à la base droite, qui a été mortelle, nous avons observé une fois une bronchopneumonie (obs. LXIII) d'allure assez inquiétante, chez un malade dont les urines renfermaient du staphylocoque ; et une pleurésie légère de la base gauche (obs. LI), sans aucune donnée étiologique appréciable.

Une mention spéciale doit être faite pour la granulie nous n'avons perdu qu'un seul malade (obs. XXX) à la suite de cette complication, et ce cas a été d'autant plus regrettable que l'autopsie a vérifié le diagnostic de l'intégrité de l'autre rein porté avant l'opération. D'autres chirurgiens ont été moins heureux, à cet égard. Nicolich (*congrès int. d'ur. 1908*) rapporte que sur 40 néphrectomies pour tuberculose rénale, il a eu quatre décès par tuberculose miliaire aiguë, ce qui donnerait pour cette seule complication, un pourcentage considérable de 10 0/0 ; de plus, une de ses malades a été prise des premières manifestations de cette affection le jour même pour lequel l'opération avait été décidée.

Pareil fait s'est produit chez un de nos malades dans des conditions analogues. Un malade, dont l'intervention fut décidée après que l'inoculation de l'urine recueillie par cathétérisme urétéral avait été négative, ne put répondre à l'appel, parce qu'il venait d'être pris par des phénomènes de méningite qui l'emportèrent au bout de peu de temps.

DURÉE DU TRAITEMENT

1° *Réunion de la plaie opératoire.* — La vaste brèche que crée l'ablation d'un organe d'un volume ordinairement aussi considérable que le rein tuberculeux, demande le plus souvent une période de temps assez considérable pour se réparer : c'est ce qui nous explique la persistance de la fistule, et l'importance qu'acquiert le drainage de ces plaies. Ce drainage est toujours pratiqué par M. Rafin au moyen d'un ou deux gros tubes de caoutchouc assez rigides pour ne pas être écrasés, et largement fenêtrés, et par un tamponnement au moyen de mèches de gaze.

Malgré ce, suivant les cas, la réparation est assez longue, et si l'on veut bien se reporter au tableau ci-joint, on verra que chez la grande partie des opérés, elle se fait du troisième au douzième mois qui suit l'opération.

Le manuel opératoire ne nous a pas paru influencer sur la cicatrisation : ainsi, dans la colonne 4, le nombre des néphrectomies extra-capsulaires est sensiblement égal à celui des néphrectomies sous-capsulaires.

Nous pensons que les longs retards de cicatrisation sont plutôt sous l'influence des lésions urétérales (obs. XXVII et LX), et ce sont des cas semblables qui ont paru à plusieurs chirurgiens justifier la résection de l'uretère.

Notre maître s'est occupé à différentes reprises de cette question et fait remarquer que, pour être

Cicatrisation de la plaie

FISTULES FERMÉES EN 1 A 3 MOIS	FISTULES FERMÉES EN 3 A 6 MOIS	FISTULES FERMÉES EN 6 A 12 MOIS	FISTULES FERMÉES AU BOUT DE PLUS DE 1 AN	FISTULES NON GUÉRIES ET TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS L'OPÉRATION (1)
Obs. I, 2 m. 13 jours xxi, 2 m. xxv, 2 m. 1/2 xlvi, 1 m. 1/2 lxii, 2 m. 1/2 lxxvi, 1 m. 1/2	Obs. II, 3 m. 8 jours iv, 3 m. xv, 5 m. xvii, 5 m. xxviii, 5 m. xxvi, 5 m. xxix, 5 m. xxxix, 4 m. xl, 4 m. xliii, 5 m. lviii, 4 m. lxiii, 3 m. lxiv, 3 m. lxxiv, 5 m. lxxv, 3 m.	Obs. vi, 8 m. vii, 6 m. viii, 9 m. xi, 8 m. xii, 7 m. xv, 6 m. xxii, 9 m. xxiv, 7 m. xxxvi, 7 m. xxxviii, 10 m. xliii, 6 m. xlvi, 6 m. li, 9 m. lii, 7 m. liv, 8 m. lvii, 14 m. lxxviii, 6 m. lxx, 9 m. lxxvii, 7 m.	Obs. iii, 1 an x, 1 an xxiii, 1 an 1/2 xxvii, 1 an xxxii, 1 an xli, 1 an 1/2 xlviii, 1 an L, 1 an 4 mois Lvi, 17 mois	xxxiv (3 a. et 4 m. apr. l'op.) xlvi mort, 4 a. 4 m. — Lx, 1 a. 4 m. apr. l'op. lxvi, 10 m. — lxix, 1 an — lxxi, 10 m. — lxxii, 11 m. — lxxiii, 7 m. — lxxviii, 5 m. — lxxix, 4 m. —
(1) Nous ne faisons pas entrer en ligne de compte les 10 derniers opérés, à cause de la date récente de l'intervention.				

rationnelle, cette résection devrait intéresser aussi l'orifice intra-vésical de l'uretère, ce qu'il est pratiquement impossible d'effectuer. Giordano est partisan de cette manière de faire qu'il a défendue au Congrès International. Mais, ainsi que l'a fait remarquer Nicolich à juste titre, on risque de créer une fistule vésicale bien plus grave et bien plus pénible : « Je n'ai jamais extirpé l'uretère, ajoute Nicolich, et je n'ai jamais observé de fistule chez mes opérés ». Albarran (Médecine opératoire des voies urinaires 1908) reconnaît que « les malades chez lesquels on ne pratique pas l'urétérectomie guérissent sans fistule aussi bien que les autres ». Nous pouvons nous rallier à ces mêmes conclusions puisque, pour l'observation XXVII, la cicatrisation s'est faite complètement; et, chez le malade de l'observation LX dont la fistule persiste, l'urétérite est nettement en voie de rétrocession.

Il semble donc bien que l'urétérectomie soit plutôt à rejeter, car, en outre, on risque d'augmenter la brèche opératoire et retarder d'autant la cicatrisation que l'on voudrait hâter. Il vaut mieux, d'ailleurs, puisqu'il ne paraît pas raisonnable de pratiquer la résection intra-vésicale, que l'orifice proximal de l'uretère soit ouvert dans la plaie elle-même, qu'au fond de la fosse iliaque.

II. Résultats ultérieurs

LA MORTALITÉ SECONDAIRE

Sur nos quatre-vingt-douze opérés, nous avons eu à enregistrer seize cas de décès secondaires, ce qui nous donne un pourcentage de 17.77 0/0. Le rapport de Bronghersma donne les chiffres suivants :

Chirurgiens	Nombre de Néphrectomies	Décès secondaires	Pourcentage
Albarran	77	10	12,9
Bronghersma	55	6	11,3
Israël	86	10	11,6
Kronlein	32	8	25,0
Kümmel	66	14	21,2
Pousson	18	3	16,6
	334	51	16,46

La mortalité s'échelonne d'une façon à peu près régulière sur les quatre premières années qui ont suivi l'opération ; en effet, nous avons :

1°	Malades	morts	dans l'année	qui a suivi l'intervention . .	3
2°	—	—	la 2 ^{me} année	après — . .	3
3°	—	—	la 3 ^{me} — — — —	. .	3
4°	—	—	la 4 ^{me} — — — —	. .	3
5°	—	—	au-delà de la 4 ^{me} année	. .	4

Quelles sont les causes de cette mortalité ? Dans 12 observations, le décès est dû à des lésions de l'autre rein — lésions antérieures ou survenues après l'opération, nous reviendrons ultérieurement sur ce point, — de nature nettement tuberculeuse, sauf peut-être dans l'obs. XXVI, dont le sujet avait des urines limpides, au dire de son médecin. Le malade de l'obs. X est mort probablement de néphrite antérieure à cette opération. Dans deux observations, la léthalité est liée aux lésions pulmonaires dont les sujets étaient porteurs avant l'intervention ; dans deux cas, la cause du décès nous est inconnue. Chez une autre malade, une péritonite tuberculeuse venait compliquer les lésions rénales, et cette malade est morte d'un état de marasme vraisemblablement dû à de la tuberculose généralisée.

Maintenant, aurait-on pu éviter ces décès, ou plutôt aurait-on pu les prévoir ? du moins, ce qui nous intéresse le plus, en ce qui concerne les décès par lésions de l'autre rein ? Pour cela, nous avons recherché les examens qui avaient été pratiqués et nous avons vu que, sur 10 cas où le rein laissé en place était en cause, 10 fois le cathétérisme urétéral ou bien n'avait pas été fait, ou bien n'avait pas été fait correctement, ou bien laissait des doutes sur l'unilatéralité des lésions : on a, pour s'en convaincre, qu'à se reporter au tableau ci-après :

Mortalité Secondaire

OBSERV.	Durée de la Survie	CAUSE DU DÉCÈS	EXAMEN PRATIQUE ET REMARQUES
I III V X	10 ans 6 ans et 7 mois 5 ans 2 ans	Tuberculose de l'autre rein id. id.	Aucun id. id.
XI	2 ans et 7 mois	Indéterminée (néphrite de l'autre rein antérieure à l'opération)	Séparation des urines
XV XIX	4 ans et 8 mois 3 ans et 2 mois	Tuberculose de l'autre rein antérieure à l'opération Id., avant l'intervention	id.
XX XXI XXIII	1 mois 1/2 5 mois 3 ans et 9 mois	Tuberculose probable de l'autre rein, antérieure à l'opération Tuberc. pulmon. et intestin. Cachexie	id. id. id.
XXIX	10 mois	Tuberculose de l'autre rein, antérieure à l'opération Anurie ?	Cathétérisme urétéral
XXXVII	3 ans et 1 mois	Tuberculose de l'autre rein, antérieure à l'opération	Le cathétérisme urétéral laissait des doutes sur l'unilatéralité
XLVII XLIX LIII LVII	2 ans et 4 mois 1 an et 7 mois 1 an et 8 mois 1 an et 4 mois	id. id. Péritonite tuberculeuse et cachexie Tuberculose pulmonaire (poussée aiguë)	Cathétérisme urétéral Incision exploratrice Cathétérisme urétéral Cathétérisme urétéral (guérison constatée des lésions rénales)

Des deux sujets chez lesquels la mort a reconnu comme cause la tuberculose pulmonaire, l'un, qui était parfaitement guéri de la tuberculose rénale (inoculation négative), a été victime du réveil d'un foyer de tuberculose pulmonaire que l'on croyait en voie de cicatrisation ; l'autre avait été opérée, malgré son état général, pour lui offrir la seule chance de salut en laquelle elle pouvait encore espérer.

MODIFICATIONS DE L'ÉTAT DE LA VESSIE

Israël (*Folia Urologica 1907*), le seul chirurgien qui nous ait donné une statistique récente et détaillée sur ce point, a constaté une amélioration de la douleur à la miction chez 80 % de ses opérés, et une amélioration de la polakiurie dans 45 % des cas.

Nous avons étudié, à ces deux points de vue, nos 80 premières observations, l'intervention étant trop récente chez nos derniers opérés pour avoir un résultat susceptible d'entrer en ligne de compte. Mais pour bien apprécier la valeur exacte de la néphrectomie, il faut étudier les cas où l'examen ultérieur a démontré nettement que la lésion rénale était limitée, et est restée limitée au rein opéré. Nous étudierons donc séparément les cas unilatéraux et les cas bilatéraux. Sur quoi pouvons-nous nous baser pour faire cette distinction ? Sur le résultat constamment négatif des inoculations répétées. Mais à cela, on peut cependant faire une objection : il peut arriver que l'inoculation reste positive, non

pas à cause de l'envahissement de l'autre rein, mais en raison de la persistance des lésions vésicales ayant leur origine dans le rein opéré; sans doute, et si l'on voulait trancher la question, il faudrait cathétériser le rein non opéré. Mais M. Rafin estime qu'il vaut mieux s'abstenir d'une exploration semblable, qui ne pourrait guère avoir une sanction pratique et utile pour le malade. Il faudrait encore tenir compte des cas où il y a chez les hommes des lésions prostatiques qui peuvent entretenir les lésions vésicales.

1° *Cas d'unilatéralité des lésions.* — En ce qui concerne la polakiurie, nos 80 premières observations nous donnent 57 cas *démontrés* d'unilatéralité des lésions avec modifications des symptômes vésicaux sur lesquels la néphrectomie a influé de la façon suivante :

1° Amélioration légère . . .	11 cas
2° Amélioration nette . . .	18 cas
3° Guérison complète . . .	23 cas
4° Pas d'amélioration . . .	5 cas

soit 91 pour cent d'amélioration. Cette amélioration a été passagère chez 2 malades chez lesquelles on peut craindre l'envahissement secondaire de l'autre rein (obs. XIV et LIV).

Un point non moins intéressant que la statistique précédente est l'étude de la modalité de l'amélioration vésicale.

Dans certains cas, cette amélioration se produit très rapidement après l'intervention, et l'on constate

une diminution notable de la polakiurie et de la douleur à la miction.

Dans d'autres cas, l'intervention est, au contraire, immédiatement suivie d'une poussée vésicale aigüe, marquant une aggravation sur l'état pré-opératoire. Mais cette poussée, que nous avons pu observer nettement dans deux ou trois cas, est habituellement de courte durée et se trouve suivie d'une amélioration notable.

Enfin, dans d'autres cas, l'amélioration vésicale s'est produite d'une façon très tardive. Ces deux derniers modes ne nous paraissent pas en rapport avec des lésions anatomiques particulières, l'urétérisme, je suppose.

Dans quarante-six observations que nous avons examinées à ce point de vue nous avons trouvé les résultats suivants :

Amélior. rapide	(0 à 3 mois après l'opér.)	: 14 obs.
—	moyenne (3 mois à 1 an	— . 25 obs.
—	tardive (plus d'un an	— . 7 obs.

Chez trois opérés (obs. LXXII, LXXVI, LXXIX), cette amélioration s'est produite immédiatement.

A côté de la pollakiurie et de la douleur à la miction, nous avons recherché si l'intervention modifiait la capacité vésicale. D'après ce que nous venons de voir, nous pouvions nous y attendre. En effet, bien que, dans la majorité des cas, on ait jugé utile de sonder les malades pour faire cette constatation, dans dix-sept cas, nous avons trouvé une aug-

mentation considérable allant quelquefois au double et au triple de la capacité primitive.

2° *Cas de Bitéralité des lésions.* — Les cas de lésions des deux reins antérieures à l'opération sont au nombre de dix-neuf; sur ces dix-neuf observations, nous avons quatre morts opératoires; il nous reste donc quinze malades survivant encore ou ayant survécu d'une façon suffisante pour nous permettre d'apprécier les modifications qui ont pu se produire. Ce sont les obser. I, III, XI, XV, XIX, XXIII, XXXI, XXXVII, XLI, XLVII, XLIX, LX, LXIV, LXXII, LXXIII, qui nous donnent les résultats suivants:

Amélioration : nulle : 7 (obs. XI, XV, XXXI, XXXVII, XLI, XLVII, LXIV).

Amélioration passagère : 2 (obs. III, XIX).

Amélioration légère : 4 (obs. I, XXIII, XLIX, LX).

Amélioration nette : 2 (obs. LXII, LXXIII).

On voit donc que le pourcentage des améliorations n'est plus que de 53 %; encore n'avons nous que deux cas d'amélioration vésicale bien appréciables. Le malade de l'obs. III avait vu à peu près guérir complètement ses symptômes vésicaux, lorsque ils ont reparu rapidement et empiré jusqu'à la mort du patient.

MODIFICATIONS DES URINES

1° *Cytologie.* — Nous allons voir successivement ce que deviennent la pyurie et l'hématurie après l'intervention.

a) *Hématurie*. - L'hématurie a persisté après l'intervention chez quatre malades, d'une façon importante (obs. XXIV, XXXI, XLI, LVIII). Chez deux de ces malades, l'autre rein est manifestement envahi (obs. XXXI, XLI). Dans l'obs. XXIV, nous avons eu une première inoculation négative, et une seconde positive : peut-être y a-t-il envahissement secondaire du rein ou plutôt les lésions vésicales ne sont-elles pas tout-à-fait cicatrisées ?

La présence de sang n'a été constatée que six fois dans les urines limpides (obs. XXXIX, XLIV, XLV, XLIX, LXV, LXIX) ; une seule fois elle a coïncidé avec une inoculation positive.

b) *Pyurie*. — La pyurie a persisté d'une façon nette vingt fois sur quatre-vingt observations examinées à ce point de vue, soit dans le quart des cas ; dans dix observations, l'inoculation secondaire était négative ; dans six cas, la pyurie résulte de la bilatéralité des lésions ; chez vingt-quatre opérés, la pyurie a été si minime qu'elle n'a pu être décelée qu'au microscope ; le plus souvent nous n'avons constaté que de très rares leucocytes : dans trois cas seulement ils se trouvaient en nombre assez important (obs. XL, LIX, LXV), et dans ces deux dernières observations ils ont coïncidé avec une inoculation positive.

Au bout de combien de temps les urines arrivent-elles à se clarifier ? Nous avons recherché cette donnée dans quarante-trois observations dans lesquelles les malades ont vu les urines devenir limpides : cette durée est variable, mais le plus souvent, la clarifica-

tion demande de six mois à un an (dix-huit cas); chez cinq malades, elle s'est produite au bout d'un mois, et parmi eux, elle s'est produite une fois immédiatement après l'opération (obs. LXXI); elle a été rapide chez treize opérés, c'est-à-dire est survenue du premier au sixième mois; enfin, dans sept opérations elle n'est survenue que tardivement, c'est-à-dire après plus d'un an écoulé (trois ans et six mois dans l'obs. XII). Chez le malade de l'obs. XIV, où le rein laissé en place a été pris secondairement, les urines qui s'étaient clarifiées au bout d'un an et dix mois, sont devenues troubles à nouveau, quatre ans et huit mois après l'intervention.

2° *Bactériologie*. — Il est intéressant de savoir à quelle époque le bacille de Koch, dont on avait constaté la présence dans les urines avant l'intervention, disparaît; c'est en somme, à ce moment-là seul, que l'on peut affirmer la guérison d'une tuberculose urinaire. Ce point étudié chez les 41 malades qui ont présenté des inoculations post-opératoires négatives, nous a donné les résultats suivants :

Disparition rapide (de 1 à 6 mois) : 7 obs.

— moyenne (de 6 mois à 1 an) : 18 obs.

— tardive (plus d'un an) : 16 obs.

On voit donc que cette guérison demande une période assez longue.

Les dates extrêmes ont été enregistrées dans les obs. LVI, LXIV, LXVII, LXXIX, LXXXI (4 mois) et IV (6 ans).

Cependant dans la majorité des cas, la disparition

du bacille de Koch aurait pu être constatée plus hâtivement, si l'on avait pris la précaution de faire des inoculations chaque mois.

L'AVENIR DE L'AUTRE REIN

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance capitale que présente cette question de l'avenir de l'autre rein.

1° La néphrectomie pour tuberculose rénale est-elle susceptible de donner des résultats définitifs ? En d'autres termes, le rein sain au moment de l'opération sera-t-il désormais préservé de toute formation nodulaire tuberculeuse, ou bien reste-t-il menacé d'un envahissement secondaire ? et si nous pouvons craindre cet envahissement, dans quelle proportion est-il à redouter ?

2° D'autre part, nous avons montré qu'en dehors des formations spécifiques tuberculeuses du rein non enlevé, il existait dans l'autre rein des lésions non spécifiques ; que deviendront ces lésions ?

1° *Envahissement secondaire du rein primitivement sain.* — Si l'on raisonne d'après ce que nous savons de la tuberculose en général, il faut s'attendre à de grandes variétés : quand la tuberculose envahit les poumons, reste-t-elle cantonnée à l'un d'eux ? De même pour les articulations, nous voyons tantôt une seule articulation envahie, tantôt plusieurs. Pour les testicules, mêmes variétés ; et cepen-

dant ici l'on peut admettre que la grande fréquence des lésions bilatérales est due au trait d'union que forme la prostate entre les deux testicules.

Descendant aux faits, nous ne pouvons nous dissimuler que nos observations ne peuvent trancher la question, étant trop récentes pour la plupart ; elles constituent surtout des documents pour l'avenir, et c'est là un des points dont s'est préoccupé M. Rafin. Il importe, après une néphrectomie d'établir bien nettement la guérison, par la constatation de la disparition du pus, et des bacilles, en faisant des inoculations répétées : alors, lorsqu'on sera en possession d'un bon nombre d'observations de ce genre, le temps se chargera de nous renseigner sur la durée passagère ou définitive de la guérison. Nous nous contenterons donc de donner dans le tableau suivant la durée de la persistance de la guérison chez nos malades, en laissant de côté les cas douteux.

Nous avons pu observer des cas où, la guérison ayant été constatée, l'envahissement de l'autre rein s'est produit : il en est nettement ainsi dans l'obs. XIV. Il s'agit d'une jeune fille ayant subi le 28 mai 1904, une néphrectomie pour une tuberculose rénale à forme nodulaire ; en 1907, c'est-à-dire trois ans après, la guérison était complète, état général parfait, urine limpide, inoculation négative ; au dernier examen pratiqué (avril 1909), c'est-à-dire cinq ans après, les phénomènes vésicaux ont reparu, les urines louches et l'inoculation positive. Pour la malade de l'obs. LIV. pareille éventualité nous paraît à craindre : l'état général qui s'était fortement amé-

TABLEAU
de la persistance de la guérison

OBSERV.	DATE DE L'OPÉRATION	DATE DE LA DERNIÈRE INOCULATION NÉGATIVE	PERSISTANCE DE LA GUÉRISON
II	25 mars 1902	13 janvier 1909	7 ans et 2 mois
IV	11 novembre 1902	7 avril 1909	6 ans et demi
VI	27 juin 1903	6 avril 1909	5 ans et 9 mois
VII	7 avril 1903	28 novembre 1908	5 ans et 8 mois
VIII	23 mars 1903	3 avril 1909	6 ans
XII	25 janvier 1904	8 avril 1909	5 ans et 2 mois
XIII	21 avril 1904	5 avril 1909	5 ans
XVIII	18 janvier 1904	14 janvier 1909	5 ans
XXII	18 février 1905	11 mai 1909	4 ans et 2 mois
XXV	mars 1905	5 avril 1909	4 ans
XXVI	13 mai 1905	5 avril 1909	3 ans et 11 mois
XXVII	14 mai 1905	2 avril 1909	3 ans et 11 mois
XXVIII	25 mai 1905	25 mai 1909	4 ans
XXXII	21 juillet 1905	5 mai 1909	3 ans et 8 mois
XXXVI	14 février 1906	1 ^{er} avril 1909	3 ans et 2 mois
XXXVIII	21 mars 1906	6 avril 1909	3 ans
XXXIX	12 avril 1906	22 avril 1909	3 ans
XL	10 avril 1906	15 avril 1909	3 ans
XLII	9 mai 1906	8 avril 1909	2 ans et 11 mois
XLIV	18 octobre 1906	10 avril 1909	2 ans et 7 mois
XLV	17 octobre 1906	14 janvier 1909	2 ans et 5 mois
XLVI	18 octobre 1906	15 juillet 1908	1 an et 9 mois
XLVIII	9 novembre 1906	24 avril 1909	2 ans et demi
L	4 décembre 1906	10 avril 1909	2 ans et 7 mois
LI	29 décembre 1906	29 mars 1909	2 ans et 3 mois
LII	26 janvier 1907	26 avril 1909	2 ans et 3 mois
LV	9 juin 1907	25 mars 1909	1 an et 10 mois
LVI	22 juillet 1907	27 avril 1907	1 an et 9 mois
LXIII	17 décembre 1907	1 ^{er} avril 1909	1 an et 3 mois
LXVI	18 janvier 1908		
LXVII	7 mars 1908	25 juillet 1908	4 mois
LXIX	3 avril 1908	8 avril 1909	1 an
LXXI	15 mai 1908		
LXXII	15 mai 1908	29 mars 1909	11 mois
LXXV	13 août 1908	29 mars 1909	7 mois
LXXVII	20 août 1908	26 mars 1909	7 mois
LXXVIII		29 mars 1909	5 mois
LXXIX	6 novembre 1908	15 mars 1909	4 mois
LXXXI	20 octobre 1908	29 mars 1909	4 mois

lioré après l'intervention, avec une inoculation négative, avait fléchi lors du dernier examen, c'est-à-dire deux ans après l'intervention, et l'inoculation pratiquée alors a été positive.

Il y a lieu cependant de remarquer que chez cette malade il avait été fait deux cathétérismes urétéraux : le premier avait donné une inoculation positive, et le second une inoculation négative ; il y avait donc opposition entre ces deux résultats et l'on pouvait concevoir quelques doutes sur l'intégrité opératoire de ce rein. Un cas que nous nous proposons de suivre est celui de l'obs. XXXIII : le malade dont il s'agit avait subi une néphrectomie droite qui avait permis l'extirpation d'un rein tuberculeux à forme ulcéro-caséeuse ; une amélioration très nette mais lente avait suivi l'intervention, lorsque, deux ans après, le malade nous est revenu avec de la pyurie, et des troubles vésicaux qui persistent encore à l'heure actuelle, c'est-à-dire trois ans après l'opération. Ces phénomènes superposables en somme à ceux qu'ont présenté les deux malades précédents, auraient pu faire penser, et l'ont même fait effectivement, à un envahissement secondaire de l'autre rein : c'est pourquoi on a fait des inoculations répétées qui sont toutes restées négatives ; de plus, la persistance du bon état général nous a fait repousser cette hypothèse.

2° *Lésions non folliculaires.* — Nous avons vu dans le chapitre I quelles étaient les conclusions des travaux d'Albaran et de Maugeais en ce qui concerne les

lésions de néphrite du rein non tuberculeux. Au Congrès International, le professeur Teissier a insisté sur ce fait que la néphrite des tuberculeux disparaissait après l'ablation du rein malade; Boddaert (d'Amsterdam), au même Congrès, a rapporté deux observations de tuberculose rénale dans lesquelles une néphrite assez intense a disparu à la suite de l'ablation du rein tuberculeux.

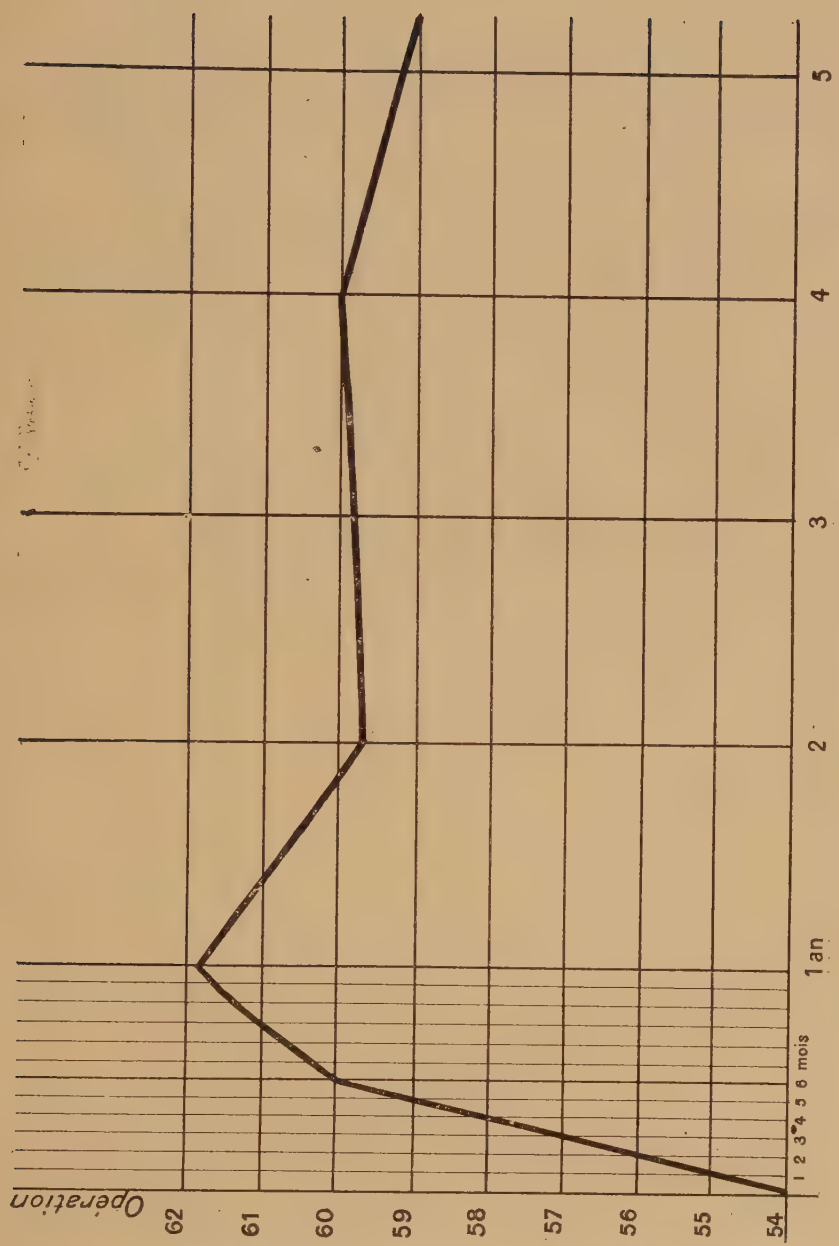
Chez nos malades, l'albuminurie due au rein supposé sain, et dont nous avons pu constater l'existence avant l'intervention, a persisté dans quatre observations (obs. XXXVI, LI, LXV, LXXX); chez deux malades elle a disparu (obs. LVII, LXXV).

Par contre, nous observons de l'albuminurie chez quelques malades qui n'en avaient pas présenté avant l'opération: (obs. II, XII, XXV, XXXIV, XLII, LIV, LV, LXXI). Dans les deux premières observations, nous trouvons une intoxication éthylique; et dans l'obs. LV, une grippe récente, venant corroborer les conclusions expérimentales de la thèse de Maugeais: à savoir, qu'après la néphrectomie, le rein hypertrophié par compensation résiste moins aux causes d'infection ou d'intoxication. Chez la malade n° XXXIV, la suppuration persistante de la fistule, liée peut-être à une lésion pottique en évolution, fait craindre une dégénérescence amyloïde de l'autre rein.

Les phénomènes généraux

On peut dire que l'amélioration des phénomènes généraux est chose à peu près constante après la néphrectomie, et cette amélioration se traduit parfois par une amélioration de poids très considérable. Israël a constaté ce fait dans 94 pour cent des cas. Nous avons pu l'étudier dans 65 de nos observations et nous avons pu constater une augmentation de poids dans 86 pour cent des cas, persistant assez longtemps après l'intervention. En effet, même dans des cas où des lésions bilatérales ont entraîné ultérieurement le décès du malade, l'augmentation de poids s'était produite ; mais alors, au lieu de se maintenir, elle s'abaissait progressivement jusqu'à la fin. Dans 3 cas, le poids n'a pas varié avant et après l'opération malgré le bon état général, fait qui est dû à ce que les malades étaient soumis à des travaux pénibles (obs. XL, XLV, LXIII) ; dans un cas (obs. XXXVIII), après une augmentation sensible de poids, est survenu un peu d'amaigrissement, malgré la persistance de la guérison au point de vue local et général ; enfin, dans l'obs. LX, où nous avons une fistule persistante, malgré la conservation de l'état général, le poids ne s'est pas modifié.

Dans quelle mesure s'est faite cette augmentation de poids ? Le plus souvent elle a été très considérable :



Courbe indiquant les modifications du poids après la Néphrectomie.

Modification du Poids des Opérés

OBSERV.	Temps écoulé depuis l'intervention	POIDS		REMARQUES
		av. l'interv.	ap. l'interv.	
I	9 ans moins 2 m.	38 k.	48 k.	Son poids avait atteint 51 k. (cas bilatéral)
II	6 ans	56 k.	63 k. 800	
IV	5 ans et 9 mois	?	58 k.	A gagné environ 20 k.
V	5 ans et 6 mois	47 k.	68 k.	
VI	5 ans et 10 mois	?	54 k.	A gagné 13 k. après l'op.
VII	5 ans et 7 mois	40 k.	53 k.	
VIII	6 ans	55 k.	69 k.	
X	7 mois	54 k.	64 k.	
XI	1 an et 11 mois	53 k.	53 k. 500	Le poids a atteint 57 k. (cas bilatéral)
XII	5 ans et 2 mois	65 k.	83 k.	
XIII	5 ans	40 k. 600	50 k. 400	
XIV	4 ans et 10 mois	47 k.	47 k. 500	Après l'intervention, légère augmentation de poids
XV	3 ans et 7 mois	46 k.	46 k.	id.
XVIII	4 ans et 6 mois	37 k.	46 k.	A atteint 51 k. (3 grosseurs et lactations)
XIX	1 an et 7 mois	58 k.	55 k.	A atteint 62 k. après l'inter. (cas bilatéral)
XXII	2 ans et 8 mois	69 k.	72 k. 700	A atteint 78 k. (cas bilatéral)
XXIII	2 ans et 11 mois	?	55 k. 50	
XXIV	4 ans et 1 mois	45 k. 500	58 k. 800	
XXV	4 ans	39 k.	43 k. 500	
XXVI	3 ans et 11 mois	52 k.	56 k.	A pesé 61 k. après l'interv.
XXVII	3 ans et 11 mois	?	68 k. 300	A gagné plus de 10 k. depuis l'intervention.
LXXII	2 ans et 2 mois	51 k.	65 k.	Après une longue immobili- sation pesait 70 k., à sa sortie de l'hôpital.
XXIX	8 mois	53 k. 500	73 k. 500	
XXXI	3 ans et 9 mois	55 k.	?	Aurait engraisé, mais n'a pas de forces
XXXII	3 ans et 8 mois	45 k.	64 k. 500	
XXXIII	2 ans et 1 mois	66 k.		
XXXIV	3 ans et 4 mois	moins de 32 k.	42 k.	
XXXV	3 ans et 2 mois	52 k. 400	54 k. 250	A atteint 58 k. 750 Cas bilatéral
XXXVII	2 ans et 11 mois	62 k.	50 k. à sa mort	Etat général parfait
XXXVIII	3 ans	55 k.	47 k.	
XXXIX	3 ans	71 k.	72 k.	
XL	3 ans	55 k. 500	54 k.	Travaille beaucoup
XLI	3 ans	66 k. 500	71 k.	A atteint 80 k.

OBSERV.	Temps écoulé depuis l'intervention	POIDS		REMARQUES
		av. l'interv.	ap. l'interv.	
XLII	1 an et 10 mois	63 k.	54 k. 500	Troubles digestifs empêchant l'alimentation. A pesé 65 k. après l'interv.
XLIII	1 an et 3 mois	58 k.	64 k. 400	Etat général bien meilleur, a atteint 50 k. 600. Travaille beaucoup. A gagné plus de 5 k.
XLIV	2 ans et 6 mois	48 k.	48 k. 500	
XLV	2 ans et 3 mois	67 k.	66 k.	
XLVI	2 ans et 6 mois	?	61 k.	
XLVII	1 an	52 k. 500	aurait gagné d'une douzaine de kilos	
XLVIII	2 ans et 6 mois	55 k.	59 k.	Amaigrissement progressif. A atteint 40 k.
XLIX	5 mois	60 k.	63 k.	
L	2 ans et 5 mois	50 k.	58 k. 500	
LI	2 ans et 3 mois	57 k.	61 k. 500	
LII			a engraisé de 3 k.	
LIII	1 an et 8 mois	55 k. 60	?	Etat général bon (fistule persistante)
LIV	1 an et 11 mois	35 k. 100	36 k. 200	
LV	1 an et 8 mois	70 k.	82 k.	
LVI	1 an et 10 mois	55 k. 500	68 k. 750	
LVII	1 an et 2 mois	75 k. 65	87 k.	
LVIII	1 an et 8 mois	67 k.	67 k. 500	Fait un travail pénible. Bon état général
LX	1 an et 5 mois	75 k.	74 k. 700	
LXI	1 an et 5 mois	?	54 k. 470	
LXII	1 an et 3 mois	69 k. 500	65 k.	
LXIII				
LXIV	1 an et 3 mois	?	64 k.	A engraisé d'une façon considérable
LXV	1 an et 3 mois	70 k.	74 k. 900	
LXVI	1 an et 2 mois	77 k.	80 k.	
LXVII	1 an et 4 mois	61 k.	71 k.	
LXVIII	1 an et 1 mois	52 k.	58 k.	
LXIX	1 an	?	60 k.	Cas bilatéral probable
LXX	9 mois	45 k.	49 k.	
LXXI	8 mois	79 k. 100	80 k. 800	
LXXII	8 mois 1/2	87 k.	96 k.	
LXXIII	7 mois	52 k.	51 k. 50	
LXXIV	8 mois	?	52 k. 500	A engraisé considérablement
LXXV	7 mois	59 k.	56 k. 900	
LXXVI	8 mois	63 k.	69 k.	
LXXVII	8 mois	52 k.	56 k.	
LXXVIII	5 mois	51 k. 500	58 k. 500	
LXXIX	4 mois	48 k. 800	53 k.	
LXXX	4 mois	40 k. 95		
LXXXI	4 mois	67 k.	67 k. 500	

Dans 57,7 pour cent, elle a varié de 5 à 20 kilos, se tenant le plus souvent aux environs de 10 kilos ;

Dans 42,30 pour cent, elle n'a pas dépassé 5 kilos.

Comment se fait-elle ? Nous avons établi la courbe moyenne des variations du poids chez nos opérés et nous sommes arrivé aux constatations suivantes :

1° L'augmentation de poids se fait très rapidement pendant les six premiers mois qui suivent l'opération et se termine pendant la première année. Cette augmentation est précédée, dans les jours qui suivent immédiatement l'opération, d'un léger abaissement ;

2° Il se produit ensuite une légère chute dans le courant de la deuxième année, à partir de laquelle la courbe tend, avec de légères oscillations, à se rapprocher de l'horizontale ;

3° Enfin, à partir de la quatrième année, la courbe prend un mouvement légèrement descendant qui s'accentue après la cinquième année ; c'est, en effet, dans cette période que s'est produit le maximum de décès secondaires précédés d'un amaigrissement rapide.

En somme, nous pouvons conclure que la néphrectomie est suivie d'une amélioration considérable de l'état général.

Cette amélioration ne se produit pas seulement dans le cas d'unilatéralité des lésions ; elle se voit encore dans les cas bilatéraux. Si, parmi ces derniers, cinq malades n'ont pas vu leur état général se modifier (obs. XI, XV, XXIII, XXXI, XLVII), onze

d'entre eux ont bénéficié de la néphrectomie à ce point de vue (obs. I, III, XIX, XXXVII, XLI, XLIX, LX, LXII, LXIV, LXXIII), et la plupart dans une très large mesure.

Nous signalerons ici les quelques documents qui peuvent être intéressants en ce qui concerne le mariage des néphrectomisés. Pousson (*Journal de Méd. de Bordeaux* 1907) a vu évoluer deux cas de grossesses après la néphrectomie. Parmi nos opérées, trois ont mené des grossesses à terme après l'intervention. Ce sont les malades IV, VI, VIII. La malade de l'obs. IV a eu un enfant ; celle de l'obs. VI en a eu deux, dont l'un est mort à 15 mois, de méningite ; celle de l'obs. VIII a vu trois grossesses évoluer normalement. Nous ajouterons que toutes trois ont nourri leurs enfants qui se sont bien développés.

CHAPITRE III

Indications et contre-indications de la néphrectomie

I. — INDICATIONS DANS LE CAS D'UNILATÉRALITÉ DES LÉSIONS

L'évolution de la tuberculose rénale et les résultats de la néphrectomie étant tels que nous venons de les voir, quelle sera la conduite du chirurgien en présence de lésions limitées à un seul organe ? Le fait de l'unilatéralité constitue-t-il à lui seul une indication suffisante pour intervenir et intervenir sans délai ? Telles sont les deux questions auxquelles nous allons nous efforcer maintenant de répondre.

1° *Indications tirées des symptômes rénaux.* — L'intervention est d'abord dictée dans un assez grand nombre de cas par l'état du rein et les symptômes qui le manifestent : chez 28 malades ces symptômes ont existé, consistant surtout en accès douloureux à forme de coliques néphrétiques ; dans 12 cas (obs. II, XXVI, XXXII, LV, LVI, LVII, LXIV, LXXII, LXXVI, LXXVII, LXXXI, LXXXVI), ils étaient les

seules manifestations de l'affection et, partant, ont constitué à eux seuls l'indication opératoire ; dans 26 cas, ils étaient liés à des symptômes vésicaux (obs. VI, VII, VIII, XII, XVIII, XXIV, XXVIII, XXIX, XLII, XLIV, LXXI, LXXXIII, LXXIV) ou généraux (XVIII, XXXIV, LXXIII) ;

2° *Indications tirées de l'état de la vessie.* — L'état de la vessie est certainement ce qui fournit l'indication opératoire dans la majorité des cas. Dans 35 observations, en effet, ce sont les phénomènes vésicaux qui constituent à eux seuls l'indication d'opérer (obs. IV, IX, X, XIII, XIV, XVII, XXII, XXV, XXVII, XXXIII, XXXV, XXXVIII, XXXIX, XI, XLV, XLVI, LII, LX, LXI, LXII, LXV, LXVI, LXVIII, LXXIX, LXXXVIII, LXXXIX). Dans dix-neuf autres cas, ils s'ajoutaient aux symptômes rénaux (v. ci-dessus) ou aux symptômes généraux (observ. V, LI, LVIII, LXIX) pour constituer l'indication.

3° *Indications tirées de l'état général.* — Nous avons vu plus haut quelles modifications subissait l'état général des tuberculeux rénaux, et l'amélioration qu'il subissait après la néphrectomie : c'est pourquoi on pourrait dire que l'indication tirée de l'état général s'est imposée chez presque tous nos opérés. Mais il est des cas où c'est surtout cette amélioration que l'on a eu en vue d'une façon particulière (obs. V, XVI, XVIII, XX, XXXIV, XLIII, LI, LVIII, LXIX, LXX, LXXXIII, LXXXV, XC), et les résultats ont bien souvent répondu à ce que l'on attendait.

4° *Indications tirées de l'infection secondaire*

(*fièvre*). — L'infection secondaire dont la possibilité constitue un argument sérieux en faveur de la précocité de la néphrectomie, est une indication indiscutable de l'intervention lorsqu'elle existe ; c'est ce qui s'est produit chez cinq malades (obs. XLVIII, LIX, LXXIII, LXXX, LXXXV), chez lesquels il a suffi de l'ablation et du drainage de la poche purulente pour voir s'amender les phénomènes fébriles et la cachexie.

Nous pouvons dire, en somme, avec Kapsammer : « Le diagnostic de la tuberculose rénale unilatérale est par lui-même l'indication de la néphrectomie » (Congrès international 1908).

II. Indications dans le cas de **Bilatéralité** **des Lésions**

Ainsi que nous l'avons vu, l'autre rein peut être le siège de lésions diverses : lésions spécifiques d'origine microbienne, lésions inflammatoires banales d'origine toxique. Dans des cas semblables, le problème peut se présenter sous diverses formes.

1° *Tuberculose bilatérale*. — Nous avons cité bien souvent déjà la communication du professeur Teissier au Congrès International en ce qui touche les formes discrètes de tuberculose rénale ne se manifestant par aucun symptôme, et les cas de bacillurie sans lésions.

De sorte que le chirurgien en principe, ne peut

jamais, dans les cas limités, affirmer l'intégrité ou l'infection du rein adelphe. Dans un cas semblable, au dire du professeur Teissier, l'abstention serait regrettable, car elle empêcherait une intervention qui serait curative : pour cet auteur, par conséquent, une lésion discrète d'un rein accompagnant une tuberculose avérée de l'autre, paraît, au contraire, une indication formelle d'intervenir.

6) Les lésions sont manifestes dans les deux reins; mais un rein présente des lésions très avancées, tandis qu'elles sont au début de leur évolution dans son congénère. Ici encore, les indications peuvent provenir de plusieurs sources.

1° De l'état du rein malade lui-même : ce rein étant la cause de douleurs violentes qui se sont améliorées après son éradication ; cette indication s'est présentée chez cinq malades (obs. XI, XXI, XLIX, L, LXII).

2° De l'état de la vessie : l'intervention améliorant souvent cet état vésical qui constitue pour les malades un véritable supplice ; c'est ainsi qu'on est intervenu chez quinze malades (obs. L, III, XI, XV, XIX, XXIII, XXXI, XXXVII, XLI, XLVII, XLIX, L, LIII, L, IV, LXXXII).

3° De l'état général : la cachexie, la fièvre pourront forcer la main, le chirurgien offrant ainsi au malade sa dernière chance de salut (obs. LIX).

2° *Lésions inflammatoires banales de l'autre rein.*— L'existence démontrée de ces lésions est par elle-même l'indication de l'ablation du rein tuberculeux :

ces lésions étant, en effet, dûes aux néphrotoxines secrétées par le rein malade, et conditionnées par elles, il est rationnel de chercher à supprimer leur cause, d'autant plus, qu'après la néphrectomie, il est fréquent de les voir disparaître. Un certain nombre de nos malades (voir plus haut) ont présenté des phénomènes de cet ordre, mais chez aucun, ils n'ont pris une importance telle qu'on ait eu à les faire intervenir dans la discussion de l'indication.

III. — Contre Indications

1^o D'après ce qui précède, l'*existence de lésions bilatérales* n'est plus une contre-indication absolue à la néphrectomie. Mais elle persiste néanmoins comme telle, lorsque les lésions sont importantes des deux côtés et que les procédés expérimentaux nous montrent que le système de dépuración de l'organisme commence à être inférieur à sa tâche, disent le mot, dans le cas d'insuffisance de la perméabilité rénale.

2^o La néphrectomie est-elle encore contre indiquée dans le cas où *une tuberculose rénale est bien tolérée*, c'est-à-dire ne retentit ni sur le reste de l'arbre urinaire, ni sur l'état général ? C'est là une question délicate entre toutes et dont la solution vraincrait les hésitations qui s'emparent malgré lui du chirurgien, l'orsqu'il s'agit de pratiquer l'extirpation d'un organe aussi important que le rein, et porteur de lésions parfois si minimes. Albarran, avons-

nous dit, s'est fait le promoteur de l'intervention faite aussi hâtivement que possible. Au Congrès International, seul Wildbolz (de Berne) s'est fait le défenseur du traitement conservateur dans le cas de lésions bien tolérées. Oraison, à la session de l'association Française d'Urologie 1908, s'exprimait ainsi : « La néphrectomie précoce seule est susceptible de soulager toujours, de guérir souvent, en sauvegardant l'autre rein, la vessie et l'état général ».

L'argument qui lèverait tous les doutes et pousserait le chirurgien à intervenir le plus rapidement possible, réside dans ce fait précisément que l'ablation d'un rein porteur de lésions minimales est la sauvegarde du rein opposé, et aussi dans la conviction que plus l'intervention est hâtive, plus la guérison définitive est certaine. Mais tout cela est-il démontré d'une façon absolue ?

Notre maître estime que la plus grande indication nous vient de l'état de la vessie et c'est ce qui a dicté sa conduite dans l'obs. XXXVIII.

Dans les cas douteux, où les lésions sont peu avancées, il y a lieu de pratiquer des inoculations répétées, à cause des défaillances que présente parfois ce mode de recherche. M. Rafin observe en ce moment deux malades auxquels il n'a pas encore proposé l'intervention ; et chez l'un d'eux précisément, l'urine est très peu leucocytaire, et l'inoculation parfois positive, parfois négative.

3° La néphrectomie est-elle contre-indiquée par l'existence d'autres localisations tuberculeuses ?

La tuberculose contre-indique l'intervention lors-

qu'elle est en évolution aiguë ; mais alors la contre-indication est formelle . « Nous avons pour nous fixer sur ce point, dit le professeur Teissier au Congrès International, l'appréciation méthodique de l'état général, les indications de l'oculo-réaction et de la tension artérielle, mais surtout les données de la séro-réaction d'Arloing-Courmont, qui est, pour l'auteur, le moyen le plus précieux d'apprécier le degré de la résistance organique aux ravages de l'infection. Une séro-agglutination forte avec tension normale ou légèrement surelevée, l'oculo-réaction restant au contraire très modérée, semble constituer un ensemble de symptômes de pronostic particulièrement favorable ».

a) *Localisations pulmonaires.* — Il semble que des localisations pulmonaires peu importantes permettent l'intervention, et nombreux sont les malades qui ont été opérés avec des lésions légères des sommets, sans aucun inconvénient. Cependant un décès secondaire (LVII) nous paraît devoir être signalé ici : le sujet en question, qui présentait un sommet évoluant vers la cicatrisation, est mort un an et quatre mois après l'intervention, d'une poussée aiguë, alors que les méthodes d'examen habituelles avaient permis de constater la guérison de la tuberculose urinaire. Mais on remarquera que l'importance du laps de temps écoulé entre l'intervention et le décès nous autorisent à penser qu'il n'y a aucune relation entre cette opération et le réveil des lésions pulmonaires, réveil que rien ne pouvait faire prévoir.

b) *Localisations viscérales.* — Dans un cas (observation LIII), il existait une tuberculose péritonéale sur l'évolution de laquelle la néphrectomie n'a pas paru avoir d'influence. Dans un autre cas (obs. 20), la malade présentait de la tuberculose intestinale et pulmonaire, l'état général était mauvais, et, même en dehors de toute intervention, l'issue fatale laissait peu de doutes.

c) *Localisations génitales.* — Les localisations que nous avons vues dans 64 0/0 environ des cas, associées à la tuberculose rénale, peuvent modifier les indications opératoires : c'est avant tout une question d'espèce qui demande à être tranchée pour chaque cas en particulier.

1° Dans une première série de faits, il s'agit de sujets semblables à un malade que nous avons pu observer : il présentait d'énormes lésions testiculaires et prostatiques, avec réaction vésicale et urine purulente, sans aucun symptôme permettant de dire cliniquement si le rein était pris ; pour poser ce diagnostic, le cathétérisme urétéral eût été nécessaire ; mais, d'une part, toute exploration instrumentale eut été dangereuse, et risquait d'aggraver la lésion prostatique en ouvrant un foyer tuberculeux ; d'autre part, la lésion rénale, si elle existait, ne demandait pas une intervention urgente ; il y avait donc lieu de s'abstenir pour l'instant, et c'est ce que l'on a fait.

2° Dans un deuxième cas, par exemple l'obs. LVI, la prostate a été épargnée ou bien les lésions sont

refroidies : dans ces conditions, si l'urine est purulente, si le malade souffre de la vessie. l'exploration s'impose tant pour poser le diagnostic de l'origine rénale, que pour poser l'indication opératoire. Il peut arriver, comme dans l'obs. XXII, que les vieilles lésions de la prostate soient un obstacle à l'exploration instrumentale, et alors, dans ce cas, où une volumineuse pyonéphrose constituait une indication formelle d'intervenir, on a eu recours à l'incision lombaire exploratrice de l'autre côté.

3° Enfin, il est des cas intermédiaires : lésions nettes de la prostate, urines fortement purulentes, symptômes vésicaux. Cependant l'intensité des lésions vésicales et de la pyurie ne semble pas résulter uniquement des lésions génitales. Il y aurait donc lieu d'examiner le rein d'une façon complète : or, d'une part, la lésion prostatique paraît plutôt atténuée ; d'autre part, l'introduction prudente du cystoscope ne la réveillerait pas. L'examen, et par suite l'intervention s'il y a lieu, ne sont pas contre-indiqués.

IV. — Date de l'intervention

Il ressort de la lecture des travaux publiés sur la question, que la néphrectomie doit être précoce pour avoir son plein effet : « La progression ininterrompue du processus tuberculeux dans le rein, dit Bronghersma, représente sous plusieurs rapports un danger continu qui menacera le malade tant que

le rein n'aura pas été extirpé ». Cette menace s'adresse : aux organes génito-urinaires inférieurs, la vessie en particulier, dont les lésions seront d'autant plus difficiles à guérir qu'elles seront plus anciennes ; à l'autre rein ; à l'organisme tout entier qui peut être victime d'une généralisation tuberculeuse ou tout au moins être affaibli. En outre, après l'apparition des lésions vésicales, ces lésions ne présenteront aucune amélioration tant que le rein déversera dans le réservoir urinaire des urines chargées de produits infectés.

C'est pourquoi, il semble logique de conclure à l'intervention sitôt le diagnostic posé : « Diagnostic précoce, intervention précoce », telle est la conclusion du rapport d'Heresco.

CHAPITRE IV

Technique du Diagnostic

Il n'est plus besoin, à l'heure actuelle, d'insister sur la nécessité dans laquelle se trouve le chirurgien, de se rendre compte de l'état du rein supposé sain : en effet, si pareille recherche était impossible, la question de la néphrectomie n'aurait jamais pu se poser. Pour arriver au résultat cherché, on a plusieurs méthodes à sa disposition, dont nous allons étudier rapidement la valeur et les indications. Ce sont :

- 1° La séparation endo-vésicale ;
- 2° Le cathétérisme urétéral ;
- 3° L'incision exploratrice ;
- 4° La méatoscopie.

I. — La séparation endo-vésicale

Les cas dans lesquels M. Rafin a pratiqué la séparation, sont de deux catégories :

- 1° La première catégorie appartient au début : dans la crainte de l'infection du rein cathétérisé, il

donna d'abord la préférence à la séparation. C'est ainsi que cette exploration a été pratiquée dans une série d'observations (obs. II, III, IV, VI, VII, VIII, X, XI, XII, XIII, XIV, XV).

2° Dans la suite, pour cinq malades (obs. XXXIV, LXX, XXXIX, LXXX, LXXXII, on y a eu recours en raison de quelques indications intéressantes à étudier.

Notre maître a étudié les avantages et les inconvénients de la séparation dans le *Lyon médical* (1905).

1° *Avantages.* — Cette méthode présente des avantages indiscutables ; le premier, c'est la simplicité excessive, comparée au cathétérisme cytoscopique surtout, de son manuel opératoire ; le second, c'est que, en cas d'infection vésicale, on ne risque pas d'infecter le rein et l'uretère en portant à leur contact les produits virulents que peut ramasser la sonde à son passage dans la vessie (obs. LXXX) ; elle permet, plus facilement que le cathétérisme des urethères, de se rendre compte du fonctionnement simultané des deux reins, en permettant de comparer et la quantité d'urine qu'ils fournissent dans un même temps, et la teneur chimique de ces deux urines ; enfin, par ce fait même, dans des cas analogues à ceux qui se sont présentés deux ou trois fois, lorsqu'on songe à une tuberculose fermée, ou bien que le cathétérisme urétéral est impossible ou douteux, elle fournit un moyen de contrôle précieux.

2° *Inconvénients.* — Mais par contre, ainsi que l'a dit M. Rafin, la séparation n'est ni bac-

tériologique, ni cytologique ; car, en opérant sur les urines vésicales, malgré un lavage prolongé, on n'est jamais sûr qu'il ne soit pas resté des débris purulents attachés aux parois vésicales ; on n'est jamais sûr que l'occlusion entre les deux moitiés de la vessie soit parfaite pendant toute la durée de l'examen, au point de ne pas laisser passer une goutte d'urine d'un côté à l'autre ; et il n'en faut pas davantage pour fausser les résultats d'un examen. A plus forte raison, sa valeur est-elle bien diminuée lorsqu'on a affaire à une vessie à lésions diffuses, ou bien à des pyonéphroses déversant constamment du pus par l'uretère, et rendant inefficace le lavage le plus prolongé.

3° *Indications.* — En somme, dans quelques cas, quand la vessie est saine, ou que les lésions d'un côté sont telles que l'indication d'opérer est absolue, et qu'il s'agit seulement de s'assurer du fonctionnement de l'autre rein, la séparation présente une utilité incontestable.

II. — Le Cathétérisme Urétéral

Le cathétérisme urétéral a été, à partir de l'obs. XV, systématiquement employé et n'a été rejeté que dans le cas de contre-indication formelle ou d'impossibilité. Répétons qu'il ne peut avoir toute sa valeur diagnostique que s'il s'applique du côté sain.

1° *La valeur.* — La valeur de cette méthode est considérable. Il est, en effet, au plus haut degré

bactériologique et cytologique, c'est-à-dire que ses résultats suffisent pour pouvoir affirmer l'intégrité ou l'atteinte d'un organe. Il se présente cependant une cause d'erreur : lorsqu'on introduit la sonde urétérale dans la vessie, ce réservoir étant rempli de liquide sous une pression assez considérable, et la pression étant faible dans la sonde, le liquide tend à se précipiter dans cette sonde, et l'on risque d'entraîner des produits bactériens ou des globules de pus dont la présence se manifesterait dans l'examen des premières prises ; on peut remédier à cet inconvénient de diverses façons :

a) En multipliant les prises successives, et en inoculant la dernière prise faite après un écoulement d'urine assez abondant pour laver la sonde ;

b) En faisant des inoculations en série (nous avons eu, en effet, dans certains cas, une inoculation positive avec les premières prises, négative avec les dernières).

c) En injectant dans la sonde, au moment de son introduction dans la vessie, de l'eau stérilisée, sous une pression assez forte pour contre-balancer la pression du liquide intra-vésical.

2° *Contre-indications.* — Nous ne connaissons au cathétérisme urétéral qu'une contre-indication : c'est l'infection des voies urinaires inférieures (obs. XXXV LXXX). Nous n'insistons pas.

3° *Impossibilités.* — Il existe des obstacles à cette exploration : a) c'est d'abord la difficulté d'introduc-

tion du cystoscopé que l'on rencontre quelquefois chez certains sujets ; *b*) c'est ensuite l'état des voies urinaires inférieures qui contre-indique également l'introduction du séparateur (obs. XXXV, XXII); *c*) c'est encore la faible capacité vésicale (obs. XXIV, LXXII), quoiqu'on puisse arriver à faire le cathétérisme des uretères dans des vessies de 40 gr.; *d*) enfin, des lésions vésicales facilement hémorragiques en masquant le champ de vision rendent impossible toute exploration de ce genre (obs. XXXIX, XLIX).

III, — Incision exploratrice

La méthode de diagnostic qui consiste à affirmer l'intégrité d'un rein d'après son examen extérieur, est basée sur ce fait que l'on avait toujours trouvé des lésions à la surface du rein quand il y en avait à l'intérieur. Cela est vrai en général, mais cette méthode ne saurait guère être présentée que comme un pis aller. Elle a été pratiquée chez trois malades (obs. XXII, XLIX, LXII) ; dans l'obs. XLIX, nous avons eu un décès secondaire par tuberculose du rein non enlevé.

IV. — La Méatoscopie

Depuis longtemps, Israël a insisté sur les lésions de l'orifice urétéral. Fenwick (*loc. cit.*), ainsi que nous l'avons vu plus haut, a voulu ériger l'examen de

ces orifices en méthode de diagnostic des lésions rénales correspondantes.

L'aspect des orifices a été noté dans 67 observations, et nous a donné les résultats suivants :

- 1° Lésions limitées à un orifice urétéral : 54 obs.
- 2° — siégeant au niveau des 2 orifices : 6 obs.
- 3° Pas de lésions des orifices : 7 obs.

Certainement la constatation de lésions de l'orifice urétéral a une très grande valeur. La présence d'une ulcération entourant l'orifice, un orifice béant cratériforme, sont des signes absolument certains d'une lésion du rein correspondant ; et l'on peut, dans une large mesure, tirer des déductions sur l'état du rein. En somme, les conclusions de Fenwick, si elles sont exagérées, renferment cependant une grande part de vérité. Fréquemment, en l'absence de symptômes rénaux subjectifs et objectifs, nous avons vu M. Rafin aussitôt le cystoscope introduit, affirmer le côté où siègent les lésions et déterminer le côté sain, de l'intégrité duquel on doit s'assurer par le cathétérisme. Mais par contre, de l'absence des lésions de l'orifice urétéral et de la muqueuse qui l'entoure, on ne peut pas conclure à l'intégrité du rein.

V — Autres méthodes

Nous ne ferons que signaler, pour être complet, deux méthodes qui nous ont paru compliquées et dangereuses, la taille hypogastrique et l'urétérotomie combinées au cathétérisme de l'uretère (Israël, Casper).

OBSERVATION I

Tuberculose rénale droite à forme pyonéphrotique. Néphrectomie lombaire sans aucune exploration. — (Opération faite en 1906). Mort dix ans après de tuberculose de l'autre rein.

Mlle D..., de Lyon, vingt ans.

Tumeur blanche du genou, dans son enfance, en 1885.

Début en 1891, par des mictions fréquentes et douloureuses.

En même temps, douleurs dans le rein droit.

Le 12 décembre 1895, entrée à l'hôpital Saint-Joseph. Urine purulente.

Mictions la nuit et le jour, au moins toutes les heures : douleur variable.

Une hématurie il y a un an.

Pas d'examen cystoscopique.

REIN GAUCHE : Est perçu en plaçant la malade dans le décubitus latéral, mais, en somme, est peu augmenté de volume.

REIN DROIT : Volumineux, déborde légèrement le bord inférieur du foie.

Etat général médiocre. Poids, 38 kilogrammes.

3 janvier 1896. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE DROITE SOUS-CAPSULAIRE.

Le rein est occupé par des cavernes de dimensions variables. La substance rénale est réduite à une couche corticale de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, et à des travées limitant les cavernes. Inoculations positives ; examen histologique, également positif.

16 mars 1896. — La plaie est cicatrisée.

Amélioration de l'état général. A augmenté de 10 kilogrammes.

Urine toujours louche et mictions presque aussi fréquentes qu'avant l'opération.

Février 1897. — Même état local et général. Parfois un peu de sang dans l'urine.

Avril 1901. — Fréquentes hématuries, surtout terminales.

Avril 1902. — Cathétérisme : l'hématurie est nettement terminale.

CYSTOSCOPIE : Rougeur intense de la muqueuse, lésions sub-érosives à droite ; à gauche, deux plaques rougeâtres.

Rein gauche volumineux, mobile, un peu douloureux.

22 novembre 1904 (neuf ans moins deux mois après l'opération). — A maigri pendant l'été dernier. Appétit médiocre. Son poids, qui avait atteint 51 kilogrammes, est descendu à 48. A peu près jamais d'hématurie. Mictions, la nuit, trois à quatre ; le jour, toutes les heures et demie ou deux heures.

Urine très double.

REIN : Un peu augmenté de volume. Elle s'en plaint parfois.

1905. — La malade meurt avec des lésions de l'autre rein, dix ans après l'opération.

OBSERVATION II

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique Séparation endovésicale. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée sept ans après l'intervention. Un peu d'albumine d'origine vraisemblablement alcoolique. Inoculation négative.

V..., trente et un ans.

Depuis deux ans, souffre parfois dans le côté gauche, sous forme de crises s'accompagnant d'envies d'uriner.

18 mars 1902. — Entre à l'hôpital. Urine très purulente.

Vessie de capacité à peu près normale, 7 à 8 mictions le jour, trois fois la nuit, non douloureuses.

Inoculation de l'urine, positive.

CULTURES : Staphylocoques blancs (a été sondé peu avant son entrée).

PROSTATE : Rien d'anormal

TESTICULE : A droite, très minime induration de la queue de l'épididyme.

Rein droit non perceptible ; à gauche, on a la sensation que la loge n'est pas vide.

EPREUVE DU BLEU : Excellente élimination comme début, mais rapide.

Séparation avec l'appareil de Harris-Downes : A gauche, urine purulente, à droite, limpide.

Poids, 56 kilogrammes.

25 mars 1902. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE EXTRA-CAPSULAIRE. Le rein enlevé présente un aspect tubulé, peu augmenté de volume. Le pôle supérieur est occupé par un abcès superficiel. Loges purulentes dans toute la hauteur du rein. Dégénérescence scléro-lipomateuse du bassinet. Périnéphrite au niveau du pôle supérieur.

Suites simples, urine rapidement améliorée dès les premiers jours.

5 juillet 1902. — Cicatrisation complète.

7 août 1902. — Urine presque limpide ; mictions, 0 à 1 la nuit, le jour 4 à 5. Etat général excellent.

Décembre 1902. — Même état.

Urine limpide avec un filament. Pas d'albumine.

Fin août 1903. — Urine absolument limpide. Mictions : la nuit, 0 ou 1, le jour 3 à 4.

La cicatrice a un peu de tendance à l'éventration. Etat général excellent.

9 novembre 1904 (deux ans et sept mois après l'opération). — Etat général excellent.

Poids 63 kilogrammes. Mictions 0 et quelquefois 1 la nuit, 3 à 4 le jour, non douloureuses. Urines limpides, un peu d'albumine. °

L'état du testicule droit est le même. La tendance à l'éventration ne s'est pas accentuée.

23 août 1905. — L'état ne s'est pas aggravé.

URINE : Après centrifugation, petit culot épais, constitué par de nombreux globules blancs, des spermatozoïdes, quelques cellules en raquettes, des cristaux de sulfate de chaux.

CULTURES : Restent stériles.

COBAYE : Mort accidentellement.

29 août 1907. — Urine absolument limpide renfermant un peu d'albumine ; après centrifugation, le culot renferme quelques leucocytes et quelques hématies.

Troubles éthyliques très nets, pituite matutinale, qui font craindre de la néphrite. Poids : 59 kilos 20.

5 mai 1908. — Même état général. Urine liquide. Albumine, présence modérée. Mictions, 1 à 2 la nuit, 4 à 5 le jour. Digestions difficiles. Poids 63.800.

13 janvier 1909. — Ce malade est nettement alcoolique.

Marié depuis 14 ans, il a eu sept enfant, dont trois sont vi-

vants. Deux enfants nés depuis l'opération sont morts en bas-âge de bronchite.

Etat général bon.

Urine limpide, renfermant un peu d'albumine. Inoculation négative.

OBSERVATION III

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Séparation des urines impossible. Néphrectomie lombaire ; fistule stéréovale. — Amélioration considérable de l'état général. Mort six ans et dix mois après l'intervention par lésion de l'autre rein, probablement antérieure à l'opération.

F..., quarante-huit ans, envoyé par le Dr Dupasquier (de Juliéas). Pas de blennorrhagie, n'a jamais été sondé.

12 mai 1902. — Entre à l'hôpital. Début il y a quatorze mois, par des troubles de la miction.

A souffert un peu du rein.

Actuellement, mictions toutes les demi-heures, s'accompagnant d'un peu de brûlure.

Urine purulente, 2 litres en vingt-quatre heures.

CULTURES : Streptocoques.

EXAMEN DIRECT : Rien. Inoculation positive. Pas de sang décelable à l'œil nu.

VESSIE : Capacité 75 grammes. Au cystoscope, orifice urétéral gauche marqué par une dépression (cystoscopie faite dans de mauvaises conditions).

REINS : A droite, rien ; à gauche, rein énorme.

SÉPARATION AVEC LE LUYS : Mal tolérée, insuccès.

TESTICULES : Petite induration de l'épididyme à droite, de même à gauche, où il y a eu un abcès l'an dernier, duquel il persiste une fistule.

Etat général médiocre. Poids 61 kilogrammes. Taille 1 m. 70.

5 juin 1902. — NÉPHRECTOMIE GAUCHE, extra-capsulaire, sans incident. Le rein enlevé est totalement perdu au point de vue fonctionnel. Il est transformé en loges contenant du pus fétide.

SUITES : Otite suppurée et fistule stercorale du côlon. Cette fistule a été constatée au moment de l'ablation des mèches et n'a duré qu'une quinzaine de jours.

26 juillet 1902. — Exeat. Etat général un peu amélioré. Urines toujours purulentes.

25 novembre 1904. — Etat général excellent. La plaie n'est pas encore fermée et il reste encore 8 à 10 centimètres à se fermer.

MICTIONS : Toutes les trois à quatre heures le jour, toutes les six heures la nuit.

« Les urines sont assez claires, mais renferment encore du pus. Bref, l'état de santé de F... est des plus satisfaisants ».

13 mars 1906. — Lettre du Dr Dupasquier. Le malade est gros et gras, état général excellent. La plaie n'est pas encore cicatrisée, elle a 10 centimètres de largeur (fistule stercorale).

MICTIONS : Deux fois la nuit, cinq fois le jour.

URINES : Léger dépôt, purulent.

12 décembre 1907. — Le malade envoie de l'urine putréfiée qui, à l'examen renferme quelques rares globules de pus, de nombreux cristaux.

Inoculation positive. La fistule persiste. Etat général excellent.

Fin janvier 1909. — Le malade meurt, après avoir présenté pendant un mois de l'amaigrissement, de la fièvre, avec douleur et pyurie. Le rein était devenu énorme. La fistule non fermée constituait un véritable anus contre nature. (Lettre du Dr Dupasquier).

OBSERVATION IV

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire gauche. Grossesse ultérieure, ayant évolué normalement. Guérison constatée six ans et demi après : Inoculation positive.

Mme V..., trente-quatre ans, envoyée par le Dr Robert, du Teil (Ardèche).

13 octobre 1902. — Entre à l'hôpital Saint-Joseph.

Début il y a neuf ans, par des mictions fréquentes. Cet état s'est aggravé il y a neuf mois. Actuellement, mictions toutes les demi-heures. La région rénale gauche est constamment douloureuse.

Urine très purulente : 1.200 grammes en vingt-quatre heures. Examen direct négatif.

Cultures. — Staphylocoques (a été sondée il y a neuf ans, à l'occasion d'un accouchement).

Inoculation. — Positive.

VESSIE. — Capacité : 60 grammes.

CYSTOSCOPIE. — Muqueuse rouge, très tomenteuse. A gauche, état papillomateux avec exulcérations. A droite, zone urétérale normale.

Rein gauche augmenté de volume. Rein droit non perceptible.

Séparation, appareil de Luys : A droite, urine à peu près claire ; à gauche, urine purulente.

11 novembre 1902. — NÉPHRECTOMIE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE, sans incident.

Le rein enlevé présente une cavité considérable remplie de pus, avec des grains durs. Cet abcès vidé, le rein est de volume peu supérieur à la normale. Il présente une multitude de points malades et purulents de dimensions variables, depuis celle d'une noisette jusqu'à celle d'un petit tubercule.

26 novembre. — Urine presque limpide, mais un peu sanglante.

Suites simples.

Cicatrisation complète en trois mois.

14 novembre 1904. — Le Dr Robert écrit que la malade a gagné 18 kilogrammes. Taille 1 m. 42.

Urine très claire, quatre mictions la nuit, autant le jour.

Elle est enceinte.

6 mars 1906. — Lettre de la malade. Elle va de mieux en mieux. Poids, 56 kilogrammes déshabillée. Nourrit un enfant qui se porte à merveille.

Plus de douleur en urinant. Miction : 1 litre le jour, 1/2 litre la nuit.

3 août 1907. — Va bien, urine 450 gr. la nuit, 260 gr. le jour. L'urine envoyée par la malade contient de nombreux points en suspension, constitués uniquement par des cristaux (urates, oxalates, phosphates ammoniaco-magnésiens).

Décembre 1907. — L'urine envoyée par la malade ne renferme pas d'albumine, de rarissimes leucocytes, pas de globules rouges. Inoculation positive.

7 avril 1909. — Urine envoyée par la malade à peu près limpide, ne renfermant pas de leucocytes, ni d'albumine. Poids : 58 kilogs. Etat général parfait. Quantité d'urine en 24 heu-

res : 1.070 gr. Urine 180 gr. à la fois, pas de dysurie. L'intervalle entre les mictions peut atteindre 2 heures.

Inoculation négative.

A un enfant de trois ans qui se porte très bien.

OBSERVATION V

Tuberculose rénale pyonéphrotique. Séparation impossible.
Néphrectomie droite. — Mort cinq ans après, par lésions de l'autre rein, après une période d'amélioration notable, cause de la mort imprécisée.

B..., vingt-cinq ans, cultivateur.

Le 8 avril, un coup de pied de cheval dans le côté droit. Dès le lendemain, mictions fréquentes.

8 juillet 1902. — Entre à l'hôpital.

Urine très purulente, généralement plus de 2 litres, exceptionnellement plus de 3 litres.

EXAMEN DIRECT. — Quelques diplocoques, présentant le caractère du gonocoque.

Inoculation négative.

(Inoculation positive avec le pus rénal).

Mictions tous les quarts d'heure ou toutes les cinq minutes.

TESTICULES. — Rien d'anormal.

REINS. — Le gauche n'est pas perceptible, le droit est énorme.

Etat général mauvais. Poids : 47 kilogrammes, au lieu de 65 kilogrammes avant le début.

17 juillet 1902. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE (?) droite.

Le rein enlevé est très gros et contient des abcès dont quelques-uns ont la dimension d'un œuf.

Suites simples.

25 juillet 1902. — Urine presque limpide.

Janvier 1903. — Revient se montrer.

Etat général excellent. A engraisé de 22 kilogrammes. Mictions presque aussi fréquentes. Urine limpide. Un peu d'albumine. Il persiste une fistule.

11 octobre 1904. — Etat général excellent. Poids : 68 kilogrammes, donc 21 de plus qu'au moment de l'opération.

URINE. — Deux litres en vingt-quatre heures.

MICTION. — Toutes les quarante ou cinquante minutes.

L'urine se clarifié en formant un dépôt, de quantité très modérée, constitué par des globules de pus. Albumine en quantité moyenne.

26 février 1906. — Bon état général.

Poids (déshabillé), 62 kilogrammes.

Travaille « comme au temps de sa jeunesse ».

MICTIONS. — Toutes les demi-heures, sans douleurs.

URINES. — Un peu troubles. Albumine en quantité modérée. Au microscope, on trouve des leucocytes et des hématies.

4 juillet 1907. — Mort, avec des vomissements, de l'anurie, de la diarrhée ; l'urine était devenue presque épaisse. S'était bien porté jusque-là. (Renseignements écrits par sa veuve).

OBSERVATION VI

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée (inoculation négative) cinq ans et neuf mois après. Deux grossesses ayant évolué normalement.

Mme B..., vingt-cinq ans, envoyée par le Dr Martin (de Charolles).

Il y a un an, début par des douleurs en urinant. Elle nie d'abord avoir souffert dans les reins, mais, en l'interrogeant de plus près, elle nous apprend que, l'an dernier, elle a eu deux crises, avec irradiations dans la vessie.

Actuellement, 13 juin 1903, son état est le suivant :

Urine purulente légèrement hématique.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 50 grammes.

CYSTOSCOPIE. — Muqueuse très rouge.

Orifice urétéral droit normal, avec zone périphérique rouge ; l'orifice urétéral gauche est caché par une ligne blanchâtre, et, de ce côté, la vessie présente de légères élevures jaunes.

REINS. — On sent un peu le rein gauche, on ne sent pas le droit.

Séparation des urines, appareil de Luys, petit modèle : On

obtient à droite de l'urine d'abord sanglante, puis claire ; à gauche, de l'urine purulente.

Analyse chimique (Mérieux) :

	Rein droit	Rein gauche
Chlorures, par litre.....	9,48	5,90
Phosphates —	0,80	0,54
Urée —	24,25	8,92

(La thèse de Reynaud donne un tableau de 16 examens cryoscopiques, par le Dr Chanoz).

Analyse bactériologique : Cultures aérobies et anaérobies négatives pour les deux urines. Inoculations positives pour les deux urines, mais plus lente pour l'urine droite.

27 juin 1903. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE.

Le rein enlevé présente des dimensions peu supérieures à celles d'un rein normal.

Au pôle supérieur et au pôle inférieur, grosses collections du volume d'un œuf ; le reste de la substance rénale est parsemé de petites cavernes.

Suites simples.

4 décembre 1903. — Lettre du Dr Martin. Etat général excellent. A engraisé de 13 kilogrammes.

Mictions non douloureuses, quatre à cinq la nuit, pas très fréquentes le jour.

Urine légèrement louche (non recueillie à la sonde). La marche amène un peu de sang.

Plaie incomplètement cicatrisée.

19 novembre 1904 (un an et demi après l'opération). — Lettre du Dr Martin (de Charolles). Mme B... vient de mettre au monde un gros garçon qu'elle allaite depuis quinze jours. Elle se porte à merveille, grosse, grasse, fraîche, très bonne nourrice. Dans les derniers temps de sa grossesse, elle était devenue enflée, sans albumine. Cet état a cédé au lait et au régime déchloruré.

La plaie s'est fermée vers le cinquième mois de la grossesse (huit mois environ après l'opération). L'urine est claire ; il y a quelquefois, mais rarement, un peu de sang lorsqu'elle se fatigue.

MICTIONS. — Trois à quatre la nuit pendant la grossesse, deux à trois maintenant, quatre à cinq le jour.

27 février 1906. — Le D^r Martin nous écrit que la malade se porte bien.

30 juillet 1907. — A eu un enfant il y a six mois, qu'elle nourrit. Poids : 55 à 58 kilogrammes.

MICTIONS : La nuit, deux à trois ; le jour, deux à quatre. Pas de dysurie. Urine limpide, jaune ambrée.

22 décembre 1907. — Etat général excellent. Poids : 60 kilogrammes. Son dernier enfant à 16 mois et va bien ; l'avant-dernier est mort à 15 mois de méningite. L'urine renferme quelques globules ; inoculation négative. Elle écrit qu'elle n'urine pas plus souvent qu'une autre.

6 avril 1909. — Etat général excellent : Poids 54 kilogrammes.

MICTIONS : la nuit, une ; le jour, quatre à cinq. Quantité d'urine en 24 heures : 1250 gr. Un peu d'éventration.

Urine limpide, pas de leucocytes. Albumine néant. Inoculation négative. Son enfant âgé de 2 ans va bien.

. OBSERVATION VII

Tuberculose rénale droite à forme nodulaire. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire — Guérison (inoculation négative) constatée cinq ans et huit mois après l'intervention.

Mme C..., trente-deux ans, envoyée par le D^r Michel, de Lyon.

Il y a trois ans, crises douloureuses dans le rein droit ; depuis un an, pas de crise. Depuis huit mois, souffre en urinant.

21 mars 1903. — Etat actuel : Miction toutes les deux heures, nuit et jour ; douloureuses.

URINE : Très purulente et peu hématique.

VESSIE : capacité, 120 grammes.

REINS : Le gauche est accessible, mais non augmenté de volume ; le droit est mobile et gros. Pas de réflexe pyélo-vésical. On sent l'uretère dur et un peu gros par le toucher vaginal.

SÉPARATION DE L'URINE des deux reins :

A gauche : Urine jaune limpide, sauf un très minime trouble dû à des hématies, avec de rares leucocytes.

A droite : Urine beaucoup plus abondante, ne sortant pas par éjaculation, très pâle, louché, et contenant de nombreux leucocytes avec de rares hématies.

Etat général passable. Poids, 40 kilogrammes.

7 avril 1903. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE DROITE EXTRA-CAPSULAIRE,

Le rein enlevé est un peu plus gros que la normale. Au pôle supérieur, trois cavernes moins grosses qu'une noisette ; au pôle inférieur, une petite caverne ; à la partie moyenne, granulations très petites.

Suites simples. Plaie cicatrisée en six mois.

Etat général très amélioré. A engraisé de 12 kilogrammes.

Urine parfois sanglante. Mictions toutes les quatre heures l'après-midi, toutes les heures le matin, deux la nuit.

CYSTOSCOPIE : Zone urétérale gauche normale. L'orifice urétéral droit est figuré par une dépression et, tout autour, la muqueuse est irrégulière, rouge, papilleuse et injectée de sang.

Par le toucher vaginal, on sent l'extrémité inférieure de l'uretère droit un peu grosse ; on ne sent pas le gauche.

Réflexe urétéro-vésical à droite, mais l'envie d'uriner est provoquée également par la pression sur le trigone, là où siègent les lésions vésicales.

22 novembre 1904 (un an et sept mois après l'opération). — Pas de sang depuis dix mois, sauf une fois, il y a quinze jours.

MICTIONS : La nuit, deux fois et exceptionnellement trois ; le jour, parfois surtout le matin, très fréquemment ; le reste de la journée, reste trois heures. Douleur très minime à la fin de la miction, et sans durée.

Bon appétit. 50 kilogrammes (avec des vêtements à peu près semblables à ceux de la première pesée).

Urine louche ; elle se clarifie parfaitement par le repos, et le dépôt, bien que blanc, est constitué par des hématies.

20 février 1906. — Bon état général. Poids (habillée), 52 kilogrammes.

MICTIONS. — Trois fois la nuit, le jour toutes les trois heures en moyenne.

Capacité vésicale, 70 grammes.

Pas de douleur pendant les mictions. Depuis deux ans, on n'a pas vu de sang dans ses urines.

URINES : Assez troubles. Au microscope, leucocytes et hématies.

Toucher vaginal : On ne sent pas l'uretère du côté malade. Réflexe vésical sur toute l'étendue du trigone, peut-être un peu plus marqué à droite.

Décembre 1906. — A eu la scarlatine. (Diagnostic du D^r Balvay.)

30 juillet 1907. — Etat général bon ; poids : 51 kilogrammes.

MICTIONS. — La nuit, quatre à cinq ; le jour quatre à cinq. Urine dépolie, avec quelques rares leucocytes et hématies. Cultures : stériles. Inoculation négative. Cicatrice bonne, pas d'éventration.

28 novembre 1908. — Etat général bon. Poids : 53 kilogrammes.

MICTIONS : La nuit, quatre à cinq ; le jour, peut, dès l'après-midi, rester 3 heures sans uriner. Parfois petite douleur en urinant.

VESSIE : Capacité, 70 grammes.

Cicatrice bonne, pas d'éventration. Urine louche, renfermant d'assez nombreuses leucocytes et quelques rares hématies. Albumine, traces ; au Ziehl-Haüzer, on trouve une forme en bâtonnet à l'intérieur d'un globule blanc.

CULTURES : stériles ; inoculation négative.

OBSERVATION VIII

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée (inoculation négative) six ans après l'opération.

Mme N..., quarante-quatre ans.

Début, en septembre 1901, par douleurs et fréquences des mictions. Depuis cinq à six mois, douleur dans le côté gauche, parfois violente.

14 mars 1903. — Actuellement, mictions la nuit, toutes les heures le jour, douloureuses.

Urine purulente, cultures négatives, inoculation positive.

VESSIE : Capacité, 90 à 100 grammes.

Rein droit non accessible, rein gauche volumineux.

ÉTAT GÉNÉRAL médiocre. Taille, 1 m. 48. Poids, 55 kilogrammes.

SÉPARATION DES URINES (appareil de Luys) : On obtient, à droite, de l'urine parfaitement limpide ; à gauche, pas une goutte. Aussitôt après la séparation, un peu de liquide injecté dans la vessie ressort un peu louche. L'urine du rein droit présente au microscope de rares hématies et quelques leucocytes très peu nombreux. Une inoculation faite avec cette urine fournit un résultat positif.

La thèse de Reynaud donne le tableau de 25 examens cryoscopiques, par M. Chanoz, dont 19 présentent la formule de l'insuffisance rénale (d'après Claude et Balthazard) :

Analyse chimique :

		Urine droite	Urine totale
Urée.	par litre.....	11,54	10,58
Chlorures	—	5,73	4,56

23 mars 1903. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE SOUS-CAPSULAIRE. Le rein est entièrement envahi par des loges purulentes. Suites simples.

1^{er} décembre 1903. — La plaie est complètement cicatrisée.

Etat général parfait. Poids 69 kilogrammes. La malade a donc gagné 4 kilogrammes en huit mois. L'urine ne laisse presque rien à désirer. Traces très minimes d'albumine. Toujours un peu de cuisson en urinant.

MICTIONS : Couché à 9 h. 1/2 urine à 1 h. 1/2, 4 h. 1/2 et 6 heures. A ce moment, urine toutes les demi-heures jusqu'à 9 heures, puis urine toutes les deux heures si elle est assise, toutes les heures si elle marche.

6 décembre 1904. — Pendant l'été, a souffert en urinant.

N'a pas vu de sang dans ses urines.

Mictions, même état, non douloureuses.

L'urine ne laisse à peu près rien à désirer.

Pas d'albumine.

Etat général excellent. Pèse 71 kilogrammes.

22 février 1906. — Etat général excellent. Poids, 72 kilogrammes (habillée).

CAPACITÉ VÉSICALE : 80 grammes.

MICTIONS : Quatre fois la nuit ; le jour, toutes les demi-heures dans la matinée ; l'après-midi, peut rester trois quarts d'heure. Souffre en urinant.

URINES : Limpides, un peu d'albumine. Au microscope, on ne trouve pas de bacille de Koch à l'examen direct. Les cultures donnent des colonies de staphylocoques.

Inoculation des urines au cobaye négative.

TOUCHER VAGINAL : On ne sent pas les uretères.

7 mai 1907. — État général excellent : Poids (habillée) : 72 kilogrammes.

MICTIONS : toutes les heures la nuit. Douleurs vésicales assez intenses, presque autant qu'avant l'opération.

CAPACITÉ VÉSICALE : 80 à 90 grammes. Urine jaune ambrée, à peu près parfaite, ne renfermant pas d'albumine.

3 avril 1909. État général parfait: Poids (nue) : 69 kilogrammes.

MICTIONS. — La nuit, quatre à cinq ; le jour, tous les trois quarts d'heures ; donc persistance des troubles vésicaux. URINES très peu louches, renfermant des traces d'albumine ; le culot contient quelques globules blancs et de très rares globules rouges. Inoculation négative.

Cultures (Mérieux). — Aérobie : pneumocoques. Anaérobies : Stériles.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 58 grammes.

Uretères non perçus. Réflexe urétéro-vésical plus marqué du côté opéré que de l'autre.

OBSERVATION IX

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire. Tentative infructueuse de séparation. Néphrectomie lombaire. — Mort opératoire de granulie pulmonaire et de tuberculose de l'autre rein.

N., vingt-huit ans.

Début, en novembre 1902, par des mictions fréquentes et douloureuses.

19 mai 1903. — Actuellement, urine purulente. Mictions douloureuses, toutes les deux heures. Douleurs lombaires.

VESSIE. — Capacité, 120 grammes. Pas de cystoscopie.

TESTICULES. — Léger épanchement dans la vaginale droite.

PROSTATE. — Noyau dans le lobe gauche.

Rein droit non accessible, rein gauche volumineux.

ETAT GÉNÉRAL médiocre.

Tentative de séparation avec l'appareil de Luys, sans résultat ; l'instrument, difficilement introduit, sort bouché par du pus (l'autopsie a montré qu'il provenait de la prostate).

Epreuve du bleu semble satisfaisante.

Huit épreuves cryoscopiques (par M. Chanoz) indiquent une perméabilité suffisante.

6 juin 1903. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. Le rein enlevé est parsemé de granulations caséuses ; à l'incision, tubercules caséux et une petite cavernule.

Mort le 1^{er} juillet 1903. A l'autopsie, tuberculose miliaire des poumons.

Abcès de la prostate.

Rein droit volumineux, avec de nombreux abcès, dont deux atteignent le volume d'un œuf de pigeon.

VESSIE. — Toute la muqueuse est parsemée de petites figures arrondies, d'aspect singulier.

Une ulcération de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50, à l'embouchure de chaque orifice urétéral.

L'examen histologique des lésions rénales, vésicale, pulmonaire, en fait constater la nature tuberculeuse.

OBSERVATION X

Tuberculose rénale droite à forme pyonéphrotique. Séparation endo-vésicale. Néphrite de l'autre rein. Néphrectomie lombaire. — Amélioration passagère de l'état général. Mort deux ans après l'intervention, vraisemblablement de néphrite et tuberculose.

R..., quarante-trois ans.

Trois blennorrhagies.

Début par une hématurie, puis suivie d'urines plus fréquentes et un peu douloureuses. Trois mois après, douleurs dans les reins. Depuis un mois et demi, fausse incontinence.

8 octobre 1903. — Urine purulente, mictions non douloureuses, toutes les demi-heures, nuit et jour. Quantité : en moyenne 2 litres 1/2 à 3 litres, 100 grammes.

Urée. — En 24 heures, 15 grammes.

Inoculation positive ; en culture, staphylocoques blancs (Mérieux).

URÈTRE. — Une boule n° 20 donne deux ou trois sensations de rétrécissement.

VESSIE. — Capacité, 60 grammes. Pas de cystoscopie.

MICCTIONS parfois à chaque instant.

REIN gauche légèrement augmenté de volume ; rein droit énorme.

PROSTATE. — Inégalité des deux lobes, (lésions tuberculeuses).

TESTICULES. — Noyaux épидidymaires bilatéraux datant de six mois.

ETAT GÉNÉRAL médiocre, 54 kilogrammes.

SÉPARATION DES URINES, APPAREIL DE LUYS : On obtient à gauche une grande quantité d'urine, ce qui est en rapport avec la polyurie présentée par la malade. Cette urine contient des globules rouges et des globules blancs, ces derniers peu nombreux, mais un peu plus que dans le sang. A droite, on n'obtient à peu près rien.

ANALYSE CHIMIQUE :

	Rein gauche	Urine totale
Réaction.....	acide	acide
Chlorures, par litre.....	5,50	6,05
Phosphates —	0,61	0,86
Urée —	9,45	7,07

17 novembre 1903. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE.

Le rein enlevé est énorme, il présente un très grand nombre d'abcès et il ne semble plus y avoir de tissu sain.

Suites simples.

15 janvier. — Relèvement de l'état général. A augmenté de 4 kilogrammes.

Juin 1903. — Etat général continue à s'améliorer. Poids, 64 kilogrammes.

L'urine reste toujours trouble et les mictions fréquentes.

7 décembre 1904. — L'état général reste toujours assez bon, mais il l'est un peu moins. A maigri un peu.

MICCTIONS. — Parfois à chaque instant.

Urine toujours trouble, quoique certainement améliorée. Quantité, 4 litres environ.

Cicatrisation complète depuis un mois, sauf une croûte.

Rein gauche a la même dimension qu'avant l'opération.

24 novembre 1905. — Le malade meurt après une courte maladie dont on ignore la nature. On sait seulement que les derniers temps de sa vie, il n'avait pas maigri et ne souffrait pas. L'appétit était conservé.

Il souffrait toujours de sa vessie.

OBSERVATION XI

Tuberculose rénale gauche. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire, — Mort deux ans et demi après par tuberculose de l'autre rein, vraisemblablement antérieure à l'opération.

Mme G..., vingt-huit ans adressée par le Dr Trossat.

A l'âge de 16 ans, abcès froid du tibia.

Début, il y a seize mois, par des douleurs à la fin de la miction. Depuis deux mois, douleur dans le rein gauche, sous forme de crises violentes.

Actuellement, 17 janvier 1904. — Mictions : cinq à six la nuit, toutes les heures et demi le jour, douloureuses.

Urines purulentes. Recherche des bacilles de Koch négative ; inoculation positive (Mérieux).

VESSIE. — Capacité, 75 grammes.

CYSTOSCOPIE. — Orifice urétéral droit à peu près normal ; le gauche forme une saillie recouverte de mucosités qui empêchent de distinguer l'orifice, et, au-dessus de cette saillie, on voit comme une papille exulcérée.

REINS. — Droit non perceptible, sensible à la pression. Gauche, perceptible, douloureux.

Réflexe pyélo-vésical des deux côtés.

TOUCHER VAGINAL. — Urètre gros comme une plume de corbeau. Peut-être sent-on le droit.

SÉPARATION. — A droite, urine louche, présentant au microscope des hématies nombreuses et des leucocytes bien moins nombreux. A gauche, rien ne sort, mais une sonde, intro-

duite aussitôt après, laisse couler du liquide nettement et parfaitement purulent.

ANALYSE CHIMIQUE (Mérieux) :

	Rein droit	Urine totale
Urée, par litre.....	19,01	15,04
Chlorures —	5,32	5,03
Phosphates —	1,49	0,84

ETAT GÉNÉRAL. — Facies pâle. Poids : 53 kilogrammes.

13 février 1904. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE.

Le tiers supérieur du rein présente deux cavernes de la grosseur d'une noisette, et des granulations jaunes.

Le tiers inférieur paraît indemne.

24 mars. — Poids, 57 kg 500.

Urines améliorées, mais encore troubles et souvent sanguinolentes.

Mictions peu diminuées de fréquence, douloureuses.

6 avril. — Etat général bon, mictions aussi fréquentes et douloureuses, urines souvent sanguinolentes.

Plaie à peu près cicatrisée.

3 octobre 1904. — L'état est le même.

Plaie cicatrisée.

9 décembre 1904. — Mictions toutes les heures ou heures et demie. Urine encore trouble, purulente et sanguinolente.

5 juillet 1905. — Etat général bon, face pâle.

Mictions. — Toutes les deux heures et demie.

Urines troubles. Plus de sang depuis un mois. Leucocytes. Albumine en quantité notable.

Rein droit non accessible. A gauche, on voit encore une croûte ; il y a un mois, il y avait encore un peu d'écoulement.

TOUCHER VAGINAL. — On ne sent pas l'uretère gauche. On sent un cordon à droite.

AU MICROSCOPE. — Pas de globules rouges, nombreux globules blancs.

A L'EXAMEN DIRECT. — Pas de bacilles de Koch, quelques bactéries et quelques cocci.

25 février 1906. — Mauvais état général. La malade se fatigue facilement. Poids : 53 kg 500.

Déclare cependant que son état est meilleur qu'avant l'opération.

MICTIONS. — Six fois le jour et six fois la nuit.

URINES. — Troubles. Albumine en notable quantité.

Capacité vésicale, 200 grammes. Il y a un mois, légère hématurie.

Par le toucher vaginal, on sent un peu l'uretère du côté non opéré, ce qui indique que l'autre rein est pris. Du côté gauche (néphrectomie), on ne le sent pas.

Rein droit un peu augmenté de volume.

Rien aux poumons.

Cliniquement, le rein droit est pris.

Mort le 23 septembre 1906.

OBSERVATION XII

Tuberculose rénale gauche. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire. — Guérison complète constatée cinq ans après Inoculation négative. Albuminurie légère, (alcoolisme).

M. P..., trente-sept ans (malade du Dr Jablot, de Dortan).

Bronchite à 33 ans.

Début il y a deux ans, par des mictions fréquentes et douloureuses ; quelques mois après, à deux ou trois reprises, crises douloureuses dans le rein gauche.

Il y a six ans qu'il a un gros noyau à la tête de l'épididyme gauche, et un autre semblable à droite depuis trois mois.

PROSTATE : Petit noyau comme un pois sur le bord supérieur du lobe droit. Vésicules non senties.

Actuellement, 18 janvier 1904 : MICTIONS, huit la nuit, autant le jour, un peu douloureuses à la fin.

URINE très purulente ; l'examen direct, les cultures aérobies et anaérobies n'ont donné aucun résultat (Mérieux).

REINS. — Droit, non accessible ; gauche, nettement augmenté de volume.

SÉPARATION DES URINES (appareil de Luys). — A droite, on obtient un peu plus de 2 centimètres cubes d'urine, qui, après

repos, est jaune ambré, avec un culot rouge ; à gauche, un peu plus de 1 centimètre cube qui, après repos, est pâle, avec un culot d'aspect purulent.

25 janvier 1904. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE, SOUS-CAPSULAIRE. Le rein enlevé présente à son pôle supérieur un abcès volumineux.

Suites simples.

15 avril 1904. — A la plaie, il persiste une fistule de 3 centimètres de profondeur.

6. décembre 1904. — Etat général excellent. Pèse 76 kilogrammes (a gagné 11 kg.).

Mictions toutes les demi-heures, depuis quelques jours, un peu de sang.

Un peu de douleur en urinant.

Plaie fermée depuis fin août.

Pendant un an, après l'opération, les troubles vésicaux ont été plus intenses qu'avant l'opération. Il souffrait en urinant et le nombre des mictions a atteint quarante dans une nuit.

1^{er} mars 1906. — Etat général parfait. Plaie a un peu de tendance à l'éventration. Amélioration considérable pendant ces derniers temps. Poids (déshabillé), 85 kilogrammes.

Reins. — On ne sent pas le rein droit.

TESTICULES. — A droite, noyau sur la queue de l'épididyme, du volume d'une grosse noisette (légère diminution de volume). Déférent peu ou pas augmenté de volume.

A gauche : Noyau du volume d'une petite noisette sur la queue de l'épididyme. Déférent un peu gros.

PROSTATE. — Non augmentée de volume, mais un peu empâtée et de consistance irrégulière. Dysurie presque nulle.

27 juillet 1907. — Etat général parfait. Poids : 86 kilogs 72. Mictions : la nuit, 0 ou 1 ; le jour, 4 à 5. Capacité vésicale : 160 gr. Urine ne renferme ni globules blanc, ni globule rouge ; mais si on masse la prostate avant l'émission, on y trouve de nombreux leucocytes, des hématies déformées. Cultures stériles ; inoculation négative. Albumine : quantité notable. L'épididyme droit est dans le même état. Bonne cicatrice.

8 avril 1909. — Etat général très bon. Poids : 83 kilogs. Mictions : la nuit, 1, le jour, 2 à 4. Pas de douleurs. Prostate normale ; même état de l'épididyme, vésicules séminales non perçues.

Urine limpide. Culot : ni globule blanc, ni globule rouge.

Albumine, traces ; alcoolisme professionnel ; tient un débit de boisson.

Cultures stériles.

Inoculation négative.

OBSERVATION XIII

Tuberculose rénale droite à forme ulcéro-caséeuse. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire. — Une grossesse ultérieure ayant évolué normalement. Guérison constatée cinq ans après. Inoculation négative.

Mme R., 26 ans.

Début, en janvier 1904, par des mictions fréquentes et douloureuses.

Actuellement, 18 avril 1904. — Mictions, depuis un mois, quatre le jour, une ou deux la nuit, douloureuses.

Urine purulente ; l'examen direct et la culture sont sans résultat ; inoculation positive (Mérieux).

VESSIE. — Capacité : 200 grammes.

CYSTOSCOPIE. — Dans la région urétérale gauche, une petite ulcération de la dimension d'un grain de mil. Vers l'orifice urétéral droit, on trouve une ulcération grise, ovale, ayant 5 à 6 millimètres dans son plus grand diamètre ; la muqueuse en dehors de l'ulcération forme des bourrelets oedématisés.

Rein droit nettement augmenté de volume. Gauche, mobile et paraissant un peu gros, comme un rein mobile.

TOUCHER VAGINAL. — L'uretère droit forme un gros cordon. On sent peut-être un peu l'uretère gauche. La pression sur tout le trigone provoque un peu le besoin d'uriner.

SÉPARATION DES URINES (appareil de Luys) : A droite, une goutte de pus ; à gauche, un centimètre cube d'urine limpide.

ANALYSE CHIMIQUE (Mérieux) :

		Urine totale	Urine gauche
Urée	par litre.....	23,47	22,50
Phosphates	—	1,65	2,1
Chlorures	—	4,15	10

ETAT GÉNÉRAL : Poids : 40 kg. 600.

21 avril 1904. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE.

Suites simples.

Examen de la pièce : Au pôle supérieur, plusieurs cavernes, comme des noisettes, pleines de pus, le reste est parsemé de granulations d'aspect suppuré.

17 juillet 1904. — Poids : 48 kilogrammes.

Etat général considérablement amélioré.

Urine (recueillie à la sonde) encore louche, albuminurie.

MICTIONS. — Trois à quatre par jour, aucune la nuit.

VESSIE. — Cystoscopie, les deux orifices urétéraux sont très nets ; trainée rouge d'un orifice urétéral à l'autre. Deux points, l'un en haut, l'autre à gauche, légèrement exulcérés.

1^{er} mai 1905. — Etat général et local parfait. Poids, 55 k. 300.

MICTIONS. — La nuit, 0 ; le jour, 3 ou 4.

Urines parfaites. Pas d'albumine.

28 février 1906. — Bon état général. Poids : 51 kilogrammes.

MICTIONS. — La nuit, 0 ; le jour, quatre à cinq fois.

VESSIE : Capacité vésicale : 320 grammes.

URINES. — Limpides. Pas d'albumine. L'urine centrifugée forme un dépôt limpide, dans lequel on trouve de rares globules blancs.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Négatif.

Cultures restent stériles.

Un cobaye est inoculé. L'inoculation reste négative.

TOUCHER VAGINAL. — On ne sent pas l'uretère droit.

22 juillet 1907. — Revient parce qu'elle se plaint de l'autre rein. Etat général bon ; poids : 49 kilogs 500. Capacité vésicale : 280 gr. Urine limpide, pas d'albumine. A accouché le 19 juillet 1906, d'un enfant bien portant.

6 novembre 1907. — Mictions : la nuit, 0. Capacité vésicale : 310 gr.

Urine limpide ; inoculation négative ; cultures stériles. Poids : 48 kilogs 500.

5 avril 1909. — Etat général bon ; poids : 50 kilogs 400 ; se plaint toujours de céphalée, de douleurs gastriques (nervosisme, irritabilité). Mictions : la nuit, 0 ; le jour 2 à 3 ; pas de dysurie. Urine limpide avec quelques petits points en suspension, sans albumine. On ne sent pas les urétéres. Inoculation négative.

Son enfant est bien portant, mais a du prurigo.

OBSERVATION XIV

Tuberculose rénale droite. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée trois ans après (inoculation négative). Cinq ans après, inoculation positive (envahissement de l'autre rein).

Mlle L., dix-neuf ans, adressée par le D^r Baurand.

Sur la cuisse gauche, une plaque d'aspect lupique.

Il y a un an, mictions fréquentes et douloureuses pendant trois jours.

Il y a deux mois, retour des mêmes symptômes. Pas de douleurs dans les reins et mictions jusqu'à quarante par jour.

Actuellement, 27 avril : Mictions, sept à huit le jour, quatre la nuit, un peu douloureuses.

Urine purulente, coli-bacille, inoculation positive Mérieux).

VESSIE. — Capacité : 70 gr.

CYSTOSCOPIE. — Vessie très congestionnée, orifice urétéral gauche normal, le droit n'est pas distingué, la muqueuse étant, de ce côté, diphtéroïde et irrégulière.

REINS. — N'en a jamais souffert ; ne sont pas accessibles.

24 mai. — Sous l'influence de lavages vésicaux boriqués et nitrates (en raison de l'infection mixte), la capacité vésicale s'est élevée à 150 grammes.

SÉPARATION DES URINES (appareil Luys) : A droite, urine très pâle, avec des flocons en suspension, constitués par des globules de pus : à gauche, urine ambrée, à peu près limpide ; au microscope, hématies en grand nombre, cellules épithéliales.

Inoculation (Mérieux) : Rein droit, positive ; rein gauche, négative.

ANALYSE CHIMIQUE	Urine droite	Urine gauche
Urée	17 gr. 5	21 gr. 6
Phosphates	0 gr. 73	1 gr. 6
Chlorures	6 gr. 61	14 gr. 33

Etat général passable. Poids : 47 kilogrammes.

28 mai 1904. — Néphrectomie lombaire droite sous-capsulaire.

Suites simples.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Au pôle supérieur, toute petite cavité de la dimension d'une lentille, et, tout autour, deux petits tubercules. Bassinet épaissi.

6 décembre. — Plaie incomplètement cicatrisée.

Etat général bien amélioré. Poids (nue), 54 kilogs 100. Bon appétit, teint meilleur.

Mictions. — Une la nuit, quatre à cinq le jour.

Mictions moins douloureuses.

Urine un peu louche. Peu ou pas d'albumine. Au microscope : Cellules épithéliales, débris divers et quelques globules de pus.

12 mars 1906. — Bon état général. Poids : 48 kilogs 500 (déshabillée). Appétit satisfaisant. La malade peut travailler sans fatigue.

Urines claires. Pas d'albumine. Pas de douleur à la miction. Urine le jour quatre à cinq fois, la nuit 0.

Plaie complètement cicatrisée.

5 juillet 1907. — Etat général excellent. Poids : 47 kilogs 500.

Mictions. — La nuit, 1 ; pas de douleur.

URINE. — Limpide sans albumine ; au microscope, après centrifugation, on trouve quelques rares globules blancs, pas d'hématies.

Cultures stériles.

Inoculation négative.

CAPACITÉ VÉSICALE : 240 gr.

3 avril 1909. — Etat général passable. Poids : 47 kilogs 500.

Mictions. — La nuit, 1 à 3 ; le jour, 7 à 8. Depuis deux mois, les mictions sont plus fréquentes et s'accompagnent parfois d'un peu de sensations de brûlure.

Urine louche, renfermant de nombreux leucocytes, de très rares hématies. Un peu d'albumine.

REIN et urètres gauches ni accessibles, ni douloureux.

Cultures — Stériles.

Inoculation. — Positive.

OBSERVATION XV

Tuberculose rénale gauche ulcéro-caséuse. Séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire. — Mort quatre ans et huit mois après l'intervention, de lésion de l'autre rein, probablement antérieure à l'opération.

Mlle P..., trente-huit ans. Malade du Dr Carry, de Lyon. Pleurésie à dix-sept ans.

Début, il y a trois ans, par des mictions fréquentes et douloureuses.

Actuellement, 10 avril 1904, mictions toutes les heures le jour, huit la nuit, un peu douloureuses à la fin ; a souffert davantage.

Urine purulente.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE, EXAMEN DIRECT ET CULTURE. — Sans résultat, inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 60 grammes.

CYSTOSCOPIE. — Rougeur de la muqueuse s'étendant dans la région du trigone de droite à gauche, mais en s'accroissant davantage à gauche, aspect légèrement tomenteux de la région urétérale gauche.

REINS. — Droit, peut être accessible dans les fortes inspirations. Rein gauche très accessible ; convexité lombaire de ce côté.

SÉPARATION. — Petit appareil de Luys.

A droite, urine ambrée, presque limpide, mais renferme des hématies et des leucocytes, ces dernières en assez grand nombre. A gauche, urine pâle nettement purulente, leucocytes en amas.

Analyse bactériologique.

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE.

Examen direct. — Néant.

Cultures. — Stériles.

Inoculation — Positive avec les urines des deux reins.

ANALYSE CHIMIQUE :

		Urine tot.	Urine dr.	Urine g.
Chlorures	par litre	8 gr. 48	14 gr. 63	7 gr. 89
Phosphates	—	3 gr. 1	0 gr. 470	1 gr. 050
Urée	—	15 gr. 62	24 gr. 25	10 gr. 86

Etat général médiocre. Poids : 46 kilogrammes.

Avril 1904. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE SOUS-CAPSULAIRE.

Examen de la pièce : Au sommet, abcès de la dimension d'une noisette. A la surface externe du rein, plusieurs tubercules. Bassinet dilaté, à parois épaisses, lardacées. Il persiste une notable quantité de tissu sain ; les lésions paraissent anciennes. Poids : 95 grammes.

10 octobre 1904. — Plaie réduite à une croûte. Mictions : la nuit, cinq à six, le jour toutes les heures, un peu moins douloureuses.

L'urine (non recueillie à la sonde) est presque limpide. Un peu d'albumine.

L'état général s'est un peu amélioré. Poids : 48 kilogs 500.

16 mars 1906. — Bon état général, bon appétit. Poids déshabillée, 47 kilogrammes.

Digestion parfois difficile.

La plaie est restée cicatrisée.

En septembre 1905, elle a été malade et s'est affaiblie ; mais, depuis, elle a repris. A ce moment, elle urinait de huit à quinze fois la nuit.

Actuellement, elle se plaint de souffrir quelquefois dans la région rénale gauche (mais il faut tenir compte de la scoliose).

On sent le rein droit mobile dans les fortes inspirations.

Toucher vaginal : On sent encore un peu l'uretère gauche, on ne sent pas le droit.

MICTIONS. — La nuit cinq fois, le jour toutes les heures.

Urines, louches, sans odeur, présence d'albumine, quelques globules blancs et des hématies. Il semble que les urines seraient moins limpides qu'en octobre 1904.

15 novembre 1907. — Etat général passable, ne s'est pas modifié depuis l'opération. Poids : 46 kilogs. Légère éventration.

MICTIONS. — La nuit, toutes les heures ; le jour, 2 à 3.

URINE. — Trouble, sans odeur, acide, avec un disque d'albumine, renfermant beaucoup de leucocytes.

Cultures : stériles.

Inoculation positive.

Capacité vésicale : 100 gr.

REIN droit mobile, douloureux, un peu bosselé.

URÈTRE. — Un rétrécissement situé à l'entrée de la vessie, admet une boule n° 16.

23 décembre 1907. — Capacité vésicale : 120 gr. On dilate l'urètre jusqu'au n° 22.

Décembre 1908. — Mort.

OBSERVATION XVI

Tuberculose rénale bilatérale, prédominante à droite. Cathétérisme urétéral du côté malade. Néphrectomie lombaire droite. — Mort opératoire rapide.

Mlle K..., malade du Dr Verrière.

Début il y a quatre ans, par un point de côté à droite, sans envies fréquentes d'uriner.

Actuellement, 5 mai 1904, mictions deux ou trois la nuit ; le jour, mictions normales.

Urine très purulente. Quantité en vingt-quatre heures, 300 grammes. Les cultures fournissent des staphylocoques blancs, inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 40 à 50 grammes.

Orifice urétéral gauche normal ; le droit est recouvert par des débris purulents. Transversalement dirigé, et siégeant en arrière de la ligne inter-urétérale, on voit une trainée rouge, recouverte de mucosités purulentes.

REINS. — Droit, énorme ; gauche, légèrement augmenté de volume.

Par le toucher vaginal, on sent peut-être l'urètre droit.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL droit, rien ne s'écoule (côté malade).

On retire la sonde urétérale en inspectant au cystoscope, et, dès qu'elle sort de l'orifice urétéral droit, on voit un jet de pus. Pendant le cathétérisme de l'urètre droit, on a recueilli l'urine.

qui s'écoule dans la vessie par l'urètre gauche. Cette urine est ambrée mais louche et contient des hématies et des leucocytes; c'est le premier cas d'examen de M. Rafin, d'une tuberculose rénale par le cathétérisme urétéral, et c'est le côté malade qui fut sondé.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE de l'urine gauche :

Examen direct et cultures sans résultat. Inoculation négative.

ANALYSE CHIMIQUE :

		Urine tot.	Rein gauche
Chlorures	par litre.....	0,99	0,88
Phosphates	—	2,95	3,19
Urée	—	16,5	15,5

Etat général très mauvais, vomissements, oligurie.

10 mai 1904. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE DROITE SOUS-CAPSLAIRE.

La malade a succombé l'après-midi par affaiblissement progressif.

AUTOPSIE.

Le rein droit enlevé est transformé en un grand nombre de cavernes ; il ne reste à peu près plus de tissu rénal.

Rein gauche : Aspect du rein blanc au pôle inférieur, plusieurs petits foyers de tubercules ramollis. Trois tubercules au pôle supérieur. Sur la face externe, un abcès de la grosseur d'un œuf de poule, qui semble enkysté. Le fragment d'urètre enlevé en même temps est d'aspect normal.

OBSERVATION XVII

Tuberculose rénale bilatérale. Séparation des urines impossible.

Néphrectomie droite. Anurie consécutive. Néphrotomie gauche. — Le rein gauche est transformé en une masse caséuse. Mort le quatorzième jour.

Mme D..., 35 ans.

Début il y a huit ans, par de la pollakimie.

Actuellement, mictions à chaque instant ; capacité vésicale si minime que toute exploration est impossible.

Rein droit volumineux. Rein gauche accessible, mais ne paraît pas notablement augmenté de volume.

Urine très purulente.

11 juin 1904. — NÉPHRECTOMIE DROITE ; le rein est volumineux et parsemé de granulations et de petits abcès.

12 juin. — Euphorie parfaite. Pouls 110, régulier. Pupilles normales, pas de vomissements, pas de nausées. Langue humide. Pas d'urine.

13 juin. — Même état, sensation de faim.

14 juin. — Un peu de liquide de couleur noire shr l'aléze. Selle normale. Etat général parfait. Nausée légère la nuit dernière, mais, ce matin, a faim. Pupilles normales. Langue humide. Pouls à 104

15 juin. — Etut général excellent. A mouillé un peu l'aléze. Hier soir, nausée de courte durée. Se plaint de faim. Pupilles normales. Langue humide. Prend un litre et demi de lait. Pouls à 126. Eprouve le besoin d'uriner.

16 juin. — N'a rien mouillié. Etat général parfait. Un peu de nausée.cette nuit. Eprouve des besoins d'uriner sans résultat.

17 juin. — Envies fréquentes d'uriner persistantes. Nausées hier après-midi et ce matin. A moins faim, le matin, a vomi du lait. Pupilles normales. Langue bonne. Pouls, 112. Un peu de sueur.

18 juin. — Pouls, 98. Pupilles normales. Sueurs. Sensation de dégoût. A envie d'uriner, mais pas d'urine.

Battements du cœur qui, à l'auscultation, est un peu tumultueux.

19 juin. — Vomissements fréquents, alimentaires et glaireux. Pouls plutôt mou. Pupilles modérément dilatées. N'y voit plus que des brouillards. Respiration : 25 à la minute.

Pas de bruit de galop, bruits du cœur nets et bien frappés.

Eprouve des besoins d'uriner. Apathie.

20 juin. — Pas de vomissements. Selles diarrhéiques. Respiration, 30. Pouls, 110.

Pupilles modérément dilatées, mais se contractant bien. Amblyopie persistante. Apathie intellectuelle.

En présence de l'anurie persistante, M. Rafin pratique la néphrotomie gauche qui montre un organe rempli de magma caséeux et sans valeur sécutoire.

21 juin. — Sueurs abondantes, l'alèze est mouillée. Vomissements. Pupilles dilatées, ne réagissant pas. Amaurose complète. Pouls, 124. Respiration, 28.

22 juin. — Vomissements. Mydriase. Pouls, 118. Respiration, 28. Le pansement du rein gauche n'est pas mouillé.

23 juin. — Dyspnée. Angoisse respiratoire. Pouls, 124. Diarrhée sanguinolente. Amaurose. Mort.

OBSERVATION XVIII

Tuberculose rénale à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral droit. Néphrectomie lombaire. — Trois grossesses à évolution normale depuis l'opération. Cinq ans et trois mois après l'opération. inoculation positive.

Mme G..., dix-sept ans. Envoyée par le Dr Ogier, de la Verpillère (Isère).

En juin 1900, début par des mictions fréquentes, qui se sont atténuées ensuite. Douleurs dans le rein gauche.

Août 1901. — Premier séjour à l'hôpital. Mictions toutes les deux ou trois heures douloureuses.

Urine purulente. Bacilles de Koch à l'examen direct (Mérieux).

Rein non accessible (la malade résiste).

Cathétérisme des uretères.

A droite, urine limpide ; à gauche, urine purulente, contenant des bacilles de Koch.

Novembre 1901. — Nouveau séjour. Amélioration:

CATHÉTÉRISME DE L'URETÈRE DROIT. — L'urine obtenue contient de rares leucocytes ; inoculation négative.

CYSTOSCOPIE. — Plaques rouges plus marquées à gauche qu'à droite.

Poids. — 42 kilogrammes (habillée).

17 juin 1904. — Nouveau séjour. Aggravation considérable de l'état local et général.

Mictions toutes les demi-heures, non douloureuses.

Urines très troubles, 500 grammes par jour.

Capacité vésicale, 10 grammes

Rein gauche augmenté de volume.

La région rénale droite ne se laisse pas bien déprimer.

Séparation des urines sans résultat précis.

Etat général très mauvais. Au sommet droit, frottements.

Poids, 37 kilogrammes

18 janvier 1904. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE SOUS-CAPSULAIRE.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Poids, 280 grammes. Il n'y a plus de tissu sain. Nombreuses cavernes. Suites simples.

15 décembre 1904. — Etat général parfait. « Ne s'est jamais si bien portée ». Poids, 46 kilogrammes.

MICTIONS. — Trois à quatre la nuit, le jour, reste jusqu'à trois heures, non douloureuses.

Plaie pas tout à fait complètement cicatrisée.

Urines troubles ; au microscope, leucocytes et hématies.

Rein droit non accessible.

TOUCHER VAGINAL. — Des deux côtés cordon dur, mais qui ne semble pas descendre jusqu'au méat urétéral.

Août 1905. — A son premier enfant.

21 mars 1906. — Etat général excellent. Poids, 51 kilogrammes. Nourrit actuellement son enfant.

Urines troubles. Pas mal d'albumine. Leucocytes et hématies. Pas de douleur à la miction.

Urine quatre fois le jour, deux ou trois fois la nuit.

7 juillet 1907. — A eu il y a 4 mois, une deuxième fille qu'elle nourrit. Va bien et travaille. L'urine renferme encore de l'albumine et des globules blancs.

2 décembre 1907. — Ses deux enfants se portent bien ; elle nourrit encore son dernier.

Etat général bon. Poids : 46 kilogrammes.

MICTIONS. — Le jour, 5 à 6 ; la nuit, 3. Pas de douleurs.

Urine recueillie à la sonde renferme de nombreux globules rouges et blancs et de l'albumine.

Cultures. — Stériles. Inoculation négative.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 30 grammes.

Le pôle inférieur du rein droit est légèrement accessible, mais l'organe ne paraît pas augmenté de volume. Réflexe urétéro-vésical gauche.

Bonne cicatrice ; pas d'éventration.

14 janvier 1909. — A eu une troisième fille qui meurt à l'âge

de un mois de coqueluche. Les deux autres enfants se portent bien.

MICTIONS. — La nuit 3 ; le jour, 6. Pas de douleurs.

Etat général bon. Se livre facilement à des travaux pénibles.

Urine ne renferme presque pas de leucocytes.

Inoculation négative.

OBSERVATION XIX

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Amélioration. Lésion bacillaire probable persistante de l'autre rein. Mort trois ans et trois mois après l'opération, probablement par lésion de l'autre rein.

B..., Vingt-et-un ans.

Début il y a un an. Douleur en urinant.

Il y a trois mois, mictions plus fréquentes et hématuries terminales. Pas de douleur dans les reins.

Actuellement, 2 juillet 1904. Mictions : Une la nuit, toutes les trois heures le jour, avec douleur à l'extrémité du canal.

PROSTATE. — Néant.

TESTICULES. — Néant.

URINE purulente. Les cultures donnent du staphylocoque. A l'examen direct, bacille de Koch. Inoculation positive.

REINS. — Droit, non accessible ; gauche, vaguement senti.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Droit : un premier cathétérisme donne de l'urine qui contient quelques leucocytes. Cultures négatives. Inoculation positive.

Un second cathétérisme, fait deux jours après, donne de l'urine parfaite d'apparence. Une inoculation est jugée inutile.

Gauche : La sonde pénètre à 2 centimètres seulement et ne peut avancer, malgré plusieurs tentatives. Elle est sans doute coiffée, car elle ne laisse écouler aucun liquide. On voit du liquide trouble couler à côté d'elle.

ETAT GÉNÉRAL passable, mais teint pâle. Poumons suspects. Poids : 58 kilogrammes.

9 août 1904. — Néphrectomie lombaire sous-capsulaire gauche.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Plusieurs cavernes au sommet, granulations sur le reste, sauf au pôle inférieur, qui semble indemne.

10 janvier 1905. — Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade se plaint des testicules, et on constate que le testicule gauche est dur et tuméfié, ainsi que le droit.

Prostate non augmenté de volume, consistance un peu irrégulière ; on ne sent pas les vésicules séminales.

Urines un peu louches ; un peu d'albumine.

MICTIONS. — Point ou une la nuit, toutes les quatre heures le jour.

Le sang n'apparaît plus que rarement.

Etat général assez bon.

La plaie est réduite à une petite fistule.

A engraisé encore de 2 kilogrammes.

Fin août. — Suites simples, petites hématuries terminales. L'état général s'améliore lentement.

8 octobre 1904. — Plaie : Encore un trajet fistuleux.

Urine un peu louche. Traces minimales d'albumine.

MICTIONS. — Une la nuit, toutes les trois ou cinq heures le jour.

Un peu de brûlure en urinant pendant le jour.

Etat général sensiblement amélioré. Le mois dernier, a gagné 2 kilogrammes.

1^{er} mars 1906. — Etat général assez bon. A pris, cet hiver une laryngite tenace. Poids, 55 kilogrammes.

MICTIONS. — La nuit, deux fois ; le jour, toutes les deux heures.

URINES. — Assez louches. Un peu d'albumine. Pas de globules rouges, quelques globules blancs.

ORGANES GÉNITAUX. — A droite, épидидyme augmenté de volume, ainsi que le déférent.

A gauche, même constatation, mais épидидyme moins gros.

On ne sent pas le rein droit.

TOUCHER RECTAL. — Prostate irrégulière, non hypertrophiée. Vésicule séminale gauche non sentie.

Vésicule séminale droite un peu volumineuse.

24 juillet 1906. — Même état. Se plaint de souffrir un peu

dans la région rénale droite. Urine pâle et louche (polyurie trouble), renfermant assez d'albumine.

10 octobre 1907. — On apprend que B... est mort il y a environ un an, sans qu'on puisse préciser de quelle affection.

OBSERVATION XX

Tuberculose rénale droite à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Morte chez elle de tuberculose pulmonaire et intestinale préexistante.

Mme B., vingt-sept ans, envoyée par le Dr Agnel, de Bagnols (Gard).

Il y a un an, a uriné un peu de sang ; à peu près pas d'autres symptômes urinaires, sauf urines troubles. Quelques douleurs dans la région lombaire droite.

En avril 1904. — Troubles gastro-intestinaux absolument prédominants.

Actuellement, 12 octobre 1904. — Mictions : Normales le jour, deux à trois la nuit, non douloureuses.

URINE. — Très purulente ; staphylocoques et bacilles de Koch ; inoculation positive.

VESSIE. — Cystoscopie : A droite, ulcération au niveau de l'orifice urétéral ; à gauche, muqueuse normale.

REINS. — On sent le pôle inférieur du rein gauche. Le rein droit est très gros.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL :

A droite — Urine purulente. Staphylocoques. Bacilles de Koch. Inoculation positive.

A gauche. — Urine ambrée normale, sans globules de pus, sans albumine. Cultures stériles. Pas de bacilles de Koch. Inoculation négative.

Etat général mauvais. Poumons suspects.

15 octobre 1904. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Poids, 395 grammes. Volumineuses masses caséuses occupant toute l'étendue du rein.

SUITES. — D'abord, elles semblent favorables ; urine limpide. Sans albumine.

Puis, la malade se lève, recommence à manger, mais alors, surviennent des troubles intestinaux : ventre ballonné, puis œdème des jambes. L'urine ne contenant que des traces d'albumine. Bronchite évidemment tuberculeuse.

Elle demande à partir et meurt chez elle, le 7 novembre, ne pouvant s'alimenter, mais sans complication du côté de la plaie.

OBSERVATION XXI

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Glycosmie. Néphrectomie lombaire. — Amélioration locale. Mort cinq mois après de cachexie.

T... entre le 22 juillet 1904, envoyé par le Dr Vittant (de Charlieu).

Depuis 5 ans, diabète intermittent : depuis 2 ans, albuminurie.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Depuis le commencement de 1903 douleurs rénales, tantôt légères, tantôt paroxystiques. siégeant à gauche, s'irradiant dès la vessie, l'urètre et le testicule. En même pollakiurie et dysurie légères.

ÉTAT ACTUEL :

MICTIONS. — Le jour, 10 ; la nuit, à chaque instant. Parfois arrêt brusque de la miction. Dysurie légère et d'intensité variable.

URINES. — Troubles, renfermant des leucocytes et des hématies, de l'albumine. Pas de sucre.

Pas de bacilles de Koch ni autres microorganismes.

Hématuries macroscopiques : Aucune.

URÈTRE. — Nélation n° 15 passe facilement.

VESSIE. — Capacité, 100 grammes environ. Résidu, 10 grammes.

PROSTATE. — Hypertrophiée, sans bosselures. Vésicules séminales : rien de particulier.

REINS ET URÈTÈRES. — A droite, rien de particulier. A gauche, la région est moins dépressible, et ce rein est certainement augmenté de volume.

1^{er} août. — Tentative de cathétérisme urétéral. Impossibilité de voir les orifices, intolérance vésicale.

6 août. — CATHÉTÉRISME ET CYSTOSCOPIE avec anesthésie.

Au cystoscope, la muqueuse de la vessie est rouge, il n'y a ni ulcération ni calculs. Les zones latérales sont normales.

Cathétérisme de l'uretère droit. La sonde ne peut pénétrer au-delà de 4 centimètres. La première prise d'urine, de 5 grammes, est trouble (leucocytes au microscope). Dans une deuxième prise de 4 grammes, quelques leucocytes et quelques spermatozoïdes.

A gauche, la sonde est arrêtée à 5 millimètres.

ANALYSE CHIMIQUE des urines du rein droit :

Urée, pour 1 litre.....	5,1
Phosphates —	0,91
Chlorures —	1,92

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE des urines du rein droit :

A l'examen direct : Pas de bacilles de Koch.

Cultures : Restent stériles.

Inoculation positive. Bacilles de Koch dans un ganglion.

TESTICULES ET ÉPIDIDYMES. — Des deux côtés, un peu de vaginalité séreuse, et les épидидymes se confondent avec les testicules.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Médiocre, quoiqu'il ait peu maigri. Pas de polydipsie. Appétit raisonnable.

16 mars 1905. — Le malade rentre de nouveau. Il a un peu maigri et il souffre dans la région rénale et urétérale gauche. Il ne peut se coucher de ce côté. Mais il souffre davantage encore de sa vessie. Dans le périnée, il éprouve une sensation très pénible lorsqu'il est debout. Son état s'est considérablement aggravé et c'est en raison de cette aggravation et des violentes douleurs qu'il éprouve qu'il vient demander une opération.

MICIONS. — Fréquentes ; il lui est arrivé d'uriner jusqu'à vingt fois. La quantité d'urine varie de 1.100 à 1.600 grammes. Cultures, aérobies et anaérobies négatives (Faysse). Appétit nul, mauvaise bouche depuis quatre à cinq semaines, langue rouge et sèche.

TOUCHER RECTAL. — Induration de toute la paroi postérieure de la vessie. Elle se continue sans ligne de démarcation avec la

prostate, qui n'est pas hypertrophiée ni bosselée, on ne sent pas les vésicules séminales.

20 mars. — Frisson et fièvre qui atteint 41 degrés, Apyrexie le lendemain.

23 mars. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE. Un peu de péri-néphrite.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Gros rein, 165 grammes, bosselé, couvert de petites granulations. Extérieurement, il n'a pas l'air très malade, mais, à la coupe, il s'écoule une très grande quantité de pus contenue dans les cavernes. La plus grande est voisine du bassin et se prolonge vers le pôle supérieur. Il en existe deux autres moins grandes. Quelques granulations et un ou deux tubercules sur la surface extérieure.

Il s'alimente un peu mieux, mais il a néanmoins maigri depuis huit jours.

La plaie n'est pas tout à fait fermée.

3 mai 1905. — Lettre du D^r L. Vittaut. La pollakiurie a bien diminué. La plaie est à peu près cicatrisée. Il a eu deux ou trois fois 38 degrés, mais, d'une manière générale, il est en état d'apyrexie. En revanche, il a toujours mauvaise bouche et il est d'une alimentation difficile. A repris de 6 kilogrammes, depuis sa sortie.

En somme, amélioration locale, mais état général encore médiocre.

10 juillet. — Le malade a eu, à huit jours d'intervalle, à trois reprises, des crises de coma, ne parlant, ne connaissant pas, n'ouvrant pas les yeux. Cet état a duré quatorze ou quinze heures pour les deux premières crises, et huit heures pour l'autre.

Dans l'intervalle des crises, subdélire et parfois excitation.

N'a pas eu de crises semblables depuis quatre semaines, mais subdélire de temps en temps.

MICCTIONS. — Quelquefois toutes les dix minutes. D'autres fois, reste une heure. Souffre en urinant.

Plus de sang dans les urines depuis son départ de l'hôpital.

QUANTITÉ. — 1 litre $\frac{3}{4}$ à 2 litres, moins à l'époque des crises.

Le malade n'a plus d'enflure des mains et des pieds.

On voit quelques points rouges sur la peau.

17 juillet. — Poussée de cystite atrocement douloureuse qui fait penser à l'opportunité d'une cystostomie, mais qui s'atténue au bout de quelques jours. Mort 5 mois après l'opération « squelettique et pissant clair », d'après son médecin.

OBSERVATION XXII

Tuberculose rénale gauche pyonéphrotique Tentatives de cathétérisme urétéral infructueuses en raison des lésions prostatiques. Incision exploratrice droite. Néphrectomie lombaire gauche. Mal de Pott lombaire avec abcès par congestion. — Inoculation négative deux ans et huit mois après. Amélioration plus accentuée quatre ans après.

B... Jean-Louis, 30 ans, ecclésiastique.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Pollakiurie depuis l'enfance. Il y a 7 ans, épидidymite gauche, tuberculeuse. Cinq mois après le début, épидidyme droit s'est pris à son tour. Il n'y a pas eu de suppuration.

DÉBUT DE LA MALADIE. — Il y a cinq ans, le malade a eu des hématuries qui se sont répétées cinq à six fois, à huit jours d'intervalle en moyenne. A ce moment, les mictions devinrent très fréquentes et douloureuses et les urines commencèrent à se troubler légèrement. Le D^r X... lui fit alors de la galvano-caustie pour sa prostatite tuberculeuse.

Il y a deux ans, à la fin de novembre 1902, phlébite de la jambe gauche, avec adénite qui dura deux mois ; depuis deux ans aussi, douleurs rénales, bilatérales, peu intenses et se faisant ressentir rarement.

En décembre 1903, nouvelle phlébite de la jambe gauche, qui, trois semaines après, envahit la jambe droite et nécessita un repos au lit de quatre mois.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIONS. — Actuellement, le jour, toutes les heures ; la nuit, tous les trois quarts d'heure.

Lorsque le malade est debout, il perd un peu ses urines.

DOULEUR. — Au moment des mictions, avec ténésme rectal.

URINES. — Très purulentes, acides, d'odeur désagréable.

VESSIE. — Capacité.

URÈTRE ET PÉRINÉE. — Une boule n° 18 est arrêtée dans le milieu de la prostate. Une boule n° 16 passe à frottement.

PROSTATE ET VÉSICULE SÉMINALE. — La prostate n'est pas augmentée de volume, mais elle dure, saillante et un peu noueuse, le lobe gauche est de forme et de consistance à peu près normale.

Vésicule séminale droite semble un peu empâtée.

TESTICULE ET CORDON. — A gauche, noyau du volume d'une noisette sur la queue de l'épididyme, un autre au-dessus, de la grosseur d'un pois. Déférent un peu augmenté de volume.

A droite, deux noyaux sur la queue de l'épididyme, le plus inférieur de la dimension d'une petite noisette et le supérieur gros comme un pois. Un peu d'induration douloureuse de la tête.

Déférent un peu augmenté de volume.

REINS ET URÈTÈRES. — On ne sent pas le rein droit. Gros rein gauche, la pression des doigts donne une douleur qui correspond dans la vessie.

ÉPREUVE DU BLEU :

Élimination de bleu satisfaisante comme intensité. L'urine présente au quatrième jour une coloration verte.

ÉPREUVE DE LA PHLORIDZINE. — Injection de 5 milligrammes de phloridzine à 2 heures.

Le sucre apparaît dans les urines au bout d'un quart d'heure et l'élimination est terminée au bout de trois quarts d'heure.

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (Mérieux) :

Examen direct (Ziehl-Kühne) : Ni bacille de Koch, ni autre microorganisme.

Cultures aérobies et anaérobies : Restent stériles.

Inoculation positive.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Pèse 69 kilogrammes (en chemise) ; il y a deux ans, pesait 62 kilogrammes (habillé). Cœur et poumons sains.

10 août. — Cystoscopie impossible. On est arrêté par la prostate. On introduit cependant dans le canal une bougie n° 24.

31 octobre. — Le malade revient avec une amélioration de l'état général. Il a repris 3 kg. 500.

On ne sent pas le rein droit, quoiqu'il ait éprouvé quelques

élancements dans la région rénale. Un peu de point para-ombilical du côté droit.

A gauche, rein volumineux et réflexe pyélo-vésical assez net.

Urine toujours très trouble. Rien au cœur et aux poumons.

Toucher rectal : Le lobe gauche n'est pas augmenté de volume, mais, vers le milieu, il donne une sensation de dureté. On trouve un deuxième noyau au-dessus.

Le lobe droit est plus augmenté de volume et donne dans toute son étendue une impression de dureté irrégulière.

21 novembre. — Tentative de cathétérisme urétéral. Le cystoscope est arrêté au niveau de la prostate, dans une sorte de diverticule. Ce n'est qu'après de multiples essais avec des sondes, des Béniqués, qu'on arrive à l'introduire dans la vessie. Il est impossible d'apercevoir les orifices urétéraux, à cause de l'irrégularité des parois vésicales et de la présence d'un peu de sang.

16 février 1905. — Le malade revient dans le service. Meilleur état général, il paraît avoir engraisé. L'état des voies urinaires est le même, au point de vue physique et fonctionnel. On note cependant un peu de diminution du volume du rein gauche.

Dans l'impossibilité de pratiquer le cathétérisme urétéral, en raison de l'état des voies urinaires inférieures, on propose au malade de faire une incision exploratrice du côté supposé sain avant de pratiquer la néphrectomie.

18 février 1905. — INCISION LOMBAIRE DU CÔTÉ DROIT, conduisant sur un rein ayant toutes les apparences de la santé. On n'incise pas l'organe. On referme la plaie.

INCISION LOMBAIRE A GAUCHE, montrant un rein entouré de périnéphrite. Ablation de l'organe. Pinces à demeure.

Examen de la pièce : Poids, 175 grammes. Consistance molle. Surface externe bosselée. A la coupe, il s'écoule du pus avec assez d'abondance. Sur toute la hauteur, se trouvent de nombreuses petites cavernes disposées régulièrement dans la substance médullaire.

Par places, on voit quelques tubercules en voie de ramollissement.

Substance corticale pâle et diminuée d'épaisseur.

20 mars. — Très légère amélioration du nombre des mic-

tions. Urines très positivement améliorées. Etat général satisfaisant, mais, depuis deux jours, le malade a un peu de fièvre.

Poids avant l'opération : 78 kg. 700 (incomplètement déshabillé).

Actuellement, 75 kg. 500 (habillé).

Le malade sort de l'hôpital.

8 juillet. — L'urine est encore trouble. Il n'y a de ce côté qu'une amélioration légère depuis la dernière visite. Urine toutes les heures, jour et nuit. Un peu d'incontinence lorsqu'il est debout.

Il persiste une petite fistule, qui donne un peu de pus.

Il a toujours quelques douleurs dans la fosse iliaque.

Etat général parfait. Teint très frais. Poids : 81 Kilogrammes.

Pas d'accès de fièvre depuis son départ.

30 novembre 1905 (neuf mois après l'opération). — Urines acides, modérément troubles, donc en voie d'amélioration.

MICTIONS. — Reste de une heure à une heure et demie sans uriner, jour et nuit.

A pu garder jusqu'à 110 grammes dans sa vessie.

PLAIE OPÉRATOIRE. — A gauche du côté opéré, peut-être un peu d'éventration.

Le malade se plaint de douleurs assez vives au niveau de la fesse et des côtes. Il semble que la colonne lombaire ne se fléchit pas bien.

Les jambes ne sont à peu près plus enflées.

ETAT GÉNÉRAL. — Excellent. Poids : déshabillé, 78 kilogrammes.

Octobre 1906. — Poids : 81 kilogs. Mictions : Toutes les heures et demie, nuit et jour. Urine très amélioré.

29 octobre 1907. — Le malade revient, présente dans la fosse iliaque gauche, un abcès que l'on ponctionne et d'où l'on retire 175 gr. de pus verdâtre, voussures très nette au niveau des deuxième et troisième vertèbres lombaires ; la colonne est douloureuse, les mouvements en sont assez aisés, quoique gênés. Au printemps dernier, phlébite gauche, à laquelle il persiste un peu d'œdème. Poids : 72 kilogs 700.

ETAT GÉNÉRAL. — Bon.

MICTIONS. — La nuit, toutes les heures et demie, le jour, peut rester 2 heures sans uriner. Dysurie améliorée.

TESTICULES. — Petits noyaux épидидymaux à droite et à gauche.

PROSTATE. — Saillante à droite, aplatie à gauche, empatement diffus de toute la région.

URINES. — Un peu louches, avec quelques filaments, de nombreux globules blancs.

INOCULATION. — Négative.

1909. — Revient se montrer. État.

25 Janvier 1909 — État général parfait. Poids : 76 kr. 500.

Revient pour son mal de Pott. Il est excessivement immobilisé depuis quinze mois; fistule de l'abcès fermée depuis quinze mois.

Urine toujours assez trouble. Mictions : toutes les deux heures et demie à trois heures. Donc amélioration très nette de ce côté-là, parfois un peu de brûlure à la fin de la miction.

Prostate. — Lobe droit fortement bosselé.

Testicules. — A droite, noyau comme une petite noisette sur la queue de l'épididyme.

Canal déférent normal comme dimension, mais on le sent petit et irrégulier.

A gauche, noyau sur l'épididyme gauche, un peu plus gros qu'à droite. Canal déférent également un peu plus volumineux.

11 Mai 1909. — Urines (envoyées par le malade).

Albumine : présence nette. Lencocytes assez nombreux. Inoculation.

OBSERVATION XXIII

Tuberculose rénale droite. Cathétérisme de l'uretère. Néphrectomie lombaire. — Légère amélioration passagère. Mort trois ans après par lésion de l'autre rein antérieure à l'opération.

Mme L..., 32 ans, entre le 12 janvier 1905.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En septembre 1904, polyakiurie et dysurie.

Elle a des hématuries à plusieurs reprises, et, depuis cette époque, se trouve tantôt mieux, tantôt plus mal.

ÉTAT ACTUEL. — MITIONS : Sept ou huit fois la nuit, autant le jour. La marche et la voiture n'influent pas.

DOULEURS. — A la fin de la miction.

URINE. — Modérément trouble, sans odeur, acide. Beaucoup d'albumine, pas de sucre.

UTÉRUS ET ANNEXES. — Rien de particulier.

VESSIE. — Capacité vésicale, 60 grammes ; mais, par la distension très lente, peut aller jusqu'à 100 grammes.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche accessible. Son pôle inférieur ne semble pas augmenté. Rein droit très mobile, globuleux, un peu gros. Réflexe vésical à droite seulement.

CATHÉTÉRISME ET CYSTOSCOPIE : Avec anesthésie. La capacité s'élève à 80 ou 90 grammes, mais, à deux ou trois reprises, la malade chasse la sonde. L'orifice urétéral gauche est dans un repli de la muqueuse et a perdu son aspect normal. La sonde y entre aisément, comme si cet orifice était béant.

L'urine, d'abord pâle, puis jaune ambrée, donne à la centrifugation un petit culot formé de globules de pus, d'hématies, de cellules plates et de cellules en raquettes. Elle contient de l'albumine en grande quantité.

ETAT GÉNÉRAL. — A maigri de 7 kilogrammes. Cœur et poumons normaux.

10 février. — La malade avait souffert un peu après l'examen cystoscopique. Depuis, les douleurs sont devenues intolérables. Mictions toutes les heures la nuit.

Appétit assez bon. Pression douloureuse sur toute la région vésicale.

Rein droit mobile, globuleux, un peu augmenté de volume. Rein gauche n'a pas changé.

Toucher vaginal : Uretere droit gros, nettement augmenté de volume. Uretere gauche non perceptible.

14 février. — CATHÉTÉRISME DE L'URETÈRE GAUCHE, avec anesthésie. Après quelques minutes, l'urine est jaune, ambrée, sortant par éjaculations, et le tout petit culot obtenu par la centrifugation contient des globules blancs en assez grand nombre, pas d'hématies. Cette urine contient de l'albumine.

EXAMEN DES URINES pratiqué (par M. Mérieux) :

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES :

		Urine totale	Urine gauche
Urée	par litre	8 gr. 73	9 gr. 02
Phosphates	—	0 gr. 55	1 gr. 50
Chlorurés	—	8 gr. 78	6 gr. 44

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (première cathétérisme).

Urine totale. — Examen direct : amas de bacilles de Koch. Cultures. — Stériles.

Inoculation. — Positive.

Urine gauche. — Pas de bacilles de Koch.

Cultures. — Stériles.

Inoculation. — Positive.

Inoculation de l'urine obtenue avec le deuxième cathétérisme du rein gauche, négative.

27 mars. — Même état. La malade se plaint de vives douleurs dans les reins. Elle urine du sang à chaque miction. On lui propose l'intervention, qui est acceptée.

29 mars. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE DROITE EXTRA-CAPSULAIRE sans incident.

Il y a eu un peu de température les jours suivants, elle a disparu quand les fils ont lâché, il y avait un peu de rétention.

Puis, quelque temps après, crise nette de colique hépatique, avec vésicule grosse comme un œuf de pigeon et très sensible. L'urine s'est bien améliorée.

13 mai. — La malade sort amaigrie et pâle, la plaie n'est pas encore cicatrisée.

9 août 1905. — Elle va mieux. Poids actuel, 58 kilogrammes.

Elle n'a plus eu d'hématurie depuis dix jours, mais les urines sont aussi troubles qu'au moment de l'opération. Souffre moins. Peut rester une heure sans uriner. Plaie pas encore cicatrisée.

31 octobre 1905. — Poids : 63 kilogrammes. Etat général bon, appétit excellent, peut faire 5 ou 6 kilomètres sans fatigue.

Urines toujours troubles. Quantité : 1.800 à 2.000 grammes.

Peut rester le jour deux heures et la nuit trois heures sans uriner.

Hématuries très rares. Douleurs persistent, mais s'atténuent.

Plaie actuellement cicatrisée.

1^{er} mars 1906. — Bonne mine, mais appétit moins régulier qu'avant l'opération. Poids : 60 kilogrammes. La malade se sent cependant plus forte.

Plaie pas tout à fait cicatrisée. Elle a encore 4 à 5 centimètres de long et bourgeonne lentement.

MICTIONS. — Toutes les deux heures, nuit et jour, donc un peu moins qu'avant l'opération.

URINES. — Troubles. Au microscope, pas de microorganismes.

TOUCHER VAGINAL. — On sent l'uretère droit (côté opéré) comme un gros cordon. Peut-être sent-on un peu le gauche.

VESSIE douloureuse sur toute sa surface vaginale. En tout point réflexe mictionnel, mais surtout à l'embouchure de l'urètre droit.

REIN gauche non perceptible, non douloureux.

Après opération, il y a eu aggravation du côté de la vessie.

Mictions plus fréquentes, plus douloureuses. Pendant les quatre mois qui ont suivi l'opération, la présence du sang dans les urines était constante. Probablement, cette aggravation a été due à de la rétention du pus dans la plaie, les jours qui ont suivi l'opération.

Mars 1906. — Mictions : Sept fois la nuit, dix fois le jour.

Elle est simplement louche (non recueillie avec la sonde).

5 décembre 1906. — Lettre du Dr Deydier. Etat général bon.

Mictions. — La nuit, 8, le jour, 6. Quantité d'urine en 24 h. : 1.750 gr. Augmentation des hématuries.

URINES. — Examen direct et cultures : néant.

5 août 1907. — Etat général passable. Poids : 55 kilogs 50. Plaie cicatrisée en 18 mois.

Mictions. — La nuit, 4 à 5 ; le jour peut attendre 2 ou 3 heures avant d'uriner. Dysurie presque nulle.

Urine trouble, sanguinolente.

12 décembre 1907. — Urine trouble, sans odeur ; renfermant nettement de l'albumine. Au microscope, nombreux globules blancs et quelques globules rouges.

Inoculation positive.

22 décembre 1907. — Lettre du Dr Deydier. A eu une crise douloureuse dans l'autre rein, avec anurie momentanée. Le rein était douloureux à la palpation, mais non augmenté de volume.

Décembre 1908. — Mort.

OBSERVATION XXIV

Tuberculose rénale droite à forme pyonépirotique volumineuse.

Examen uréal impossible. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée deux ans après (inoculation négative malgré urine trouble). Quatre ans après, inoculation positive, l'état général restant excellent.

De S... Claude, 16 ans, envoyé par le Dr Sérullaz (de Vaugney).

ANTÉCÉDENTS. — A l'âge de 2 ans, coxalgie droite suppurée, ayant guéri au bout de 8 ans.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a deux ans, à la suite d'une grippe, pollakiurie et dysurie. Fin août 1904, pyurie et hématuries ; ces dernières durant jusqu'en décembre, survenant tous les deux jours en moyenne. Souffre de moins en moins depuis deux ans.

Depuis le commencement de janvier 1905, l'urine est purulente. Il y a deux mois, le rein droit est devenu gros et douloureux. Depuis janvier, douleurs rénales continues.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIONS : Cinq à huit fois la nuit, cinq à huit fois le jour.

DOULEUR. — Aucune.

URINES. — Très purulentes, alcalines, odeur fétide.

HÉMATURIES. — Légères.

URÈTRE. — Sonde Nèlaton n° 16 passe facilement.

VESSIE. — Capacité : 25 grammes.

PROSTATE. — Néant. Réflexe vésical sur toute l'étendue correspondant à la région du trigone.

TESTICULES. — Néant.

REINS. — Rein gauche vaguement senti.

Rein droit énorme, saillant en avant, arrivant jusqu'à l'ombilic, en haut, jusqu'au rebord des fausses côtes, un peu fluctuant.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES TOTALES. — Pas de bacilles de Koch.

Cultures aérobies et anaérobies : stériles.

Inoculation au cobaye : Positive.

Examen endovésicale impossible.

Etat général médiocre. A maigri de 7 kilogrammes depuis six mois. Appétit assez bien conservé. Pas de lésions pulmonaires. Poids : 45 kilos 500.

7 mai 1905. — NÉPHRECTOMIE DROITE SOUS-CAPSULAIRE,

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Rein volumineux, bosselé. A la coupe, énormes cavernes remplies de pus sur toute la hauteur du rein. L'uretère est gros comme le petit doigt, induré.

8 mars. — Etat assez bon. Poids : 130. Tension faible. A uriné plusieurs fois ; l'urine n'est pas très trouble.

13 mars. — Va bien. Bon appétit. Urine moins trouble. Mictions toutes les heures environ.

24 mars. — L'urine se clarifie un peu. Mictions toutes les deux heures le jour, cinq ou six fois la nuit. La quantité d'urine à chaque miction est plus considérable qu'avant l'opération.

27 mars. — Sort de l'hôpital. Poids : 40 kilogrammes. Bien amélioré comme état général. Plaie incomplètement fermée.

8 février 1906. — Plaie fermée depuis cinq mois. Poids : 58 kg. 500. Bon état général. Mictions, trois fois la nuit, le jour toutes les heures, sans douleur. Urines un peu louches.

15 décembre 1906. — Va bien. Chasse toute la journée.

25 juillet 1907. — Etat général parfait. Urine assez trouble, renfermant de l'albumine en quantité notable. Au microscope, nombreuses hématies, mais globules blancs en petit nombre.

MICTIONS. — La nuit, 2 ; le jour, toutes les 2 heures ou 2 h. 1/2.

Dysurie à peu près nulle.

Rein gauche non senti.

Poids : 58 kg. 400.

Décembre 1907. — Inoculation négative.

6 avril 1909. — Etat général florissant. Poids : 58 kg. 800.

MICTIONS. — La nuit, 2 à 3 ; le jour, toutes les 1 ou 2 heures, avec un peu de cuisson parfois.

Urine sanguinolentes à deux ou trois reprises. Au microscope, nombreux leucocytes et hématies, avec beaucoup d'albumine.

Cultures. — Stériles.

Inoculation. — Positive.

PROSTATE. — Petite, de consistance un peu inégale.

TESTICULES. — Normaux.

OBSERVATION XXV

Tuberculose rénale droite ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée quatre après (inoculation négative).

D... Marie-Benoîte, 35 ans, domestique, envoyée par le Dr Beloux, de Miribel.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Fièvre typhoïde il y a 5 ans, suivie d'une bronchite. Depuis aurait eu deux pleurésies.

DÉBUT DE LA MALADIE. — Remonte à un an environ. La malade accuse à ce moment des douleurs vésicales, exagérées surtout au moment des mictions. Ses urines étaient très épaisses, avec dépôt abondant de glaires et de sang.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIONS : Le jour, peut rester plusieurs heures sans uriner, se lève deux ou trois fois la nuit.

DOULEUR. — Après la miction.

URINES. — Troubles, faiblement alcalines; sans odeur, disque moyen d'albumine.

HÉMATURIES. — Assez fréquentes. A son entrée, la malade dit qu'elle n'en a pas eu depuis huit jours.

UTÉRUS ET ANNEXES. — Utérus porté un peu à droite, rien aux annexes.

REINS ET URETÈRES. — Ne souffre pas des reins. Pas de réflexe pyélo-vésical, ni d'un côté ni de l'autre.

Rein droit non accessible, rein gauche un peu augmenté de volume.

Uretère gauche non senti. A droite, on sent, au contraire, un cordon qui, à la pression, détermine le réflexe vésical.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME DES URETÈRES. — Zone urétérale droite rouge et légèrement ecchymotique. Orifice urétéral gauche normal.

Cathétérisme urétéral gauche. Urine ambrée sortant par éjaculation. L'examen microscopique après quatre grammes d'écoulement, montre quelques globules rouges et de plus rares globules blancs.

15 février 1905. — Cathétérisme de l'uretère droit. Urine sortant par éjaculation, pâle, louche. On trouve au microscope de nombreux globules de pus et quelques globules rouges. Albumine en grande quantité.

Cathétérisme du rein gauche. Urine jaune ambrée, limpide, éjaculations. Après un écoulement de 4 grammes, une goutte, examinée au microscope, présente des globules rouges en petite quantité et peut-être un globule de pus. Albumine en très grande quantité, attribuable peut-être au sang.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Dr Faysse, chef du Laboratoire Saint-Joseph. — Volume des urines par 24 heures : 1 l. 150.

	Urine tot.	Urine dr.	Urine gauche
Urée	par litre 14 gr. 58	10 gr. 81	18 gr. 37
Phosphates	— 1 gr. 22	0 gr. 82	2 gr. 32
Chlorures	— 3 gr. 01	2 gr. 39	2 gr. 25

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE.

Urines totales. — Examen direct : pas de bacilles de Koch.

Cultures. — Stériles.

Inoculation. — Positive.

Urine droite. — Examen direct : pas de bacilles de Koch.

Cultures. — Stériles.

Inoculation. — Positive.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre. A l'auscultation du cœur, on ne trouve rien d'anormal.

Aux poumons, le sommet droit est mat, il y a du retentissement de la toux et un souffle rude à l'expiration. Frottements nombreux. Peut-être quelques craquements. Poids : 39 kilogrammes.

Cette malade présente une forme de nanisme intéressante, sans reliquat de rachitisme. Pas de gibbosité de la colonne vertébrale. Asymétrie dans le squelette de la face. Prognathisme inférieur assez accusé. Mais en trident des achondroplasiques. Aspect miséreux.

Mars 1905. — NÉPHRECTOMIE SOUS-CAPSULAIRE DROITE.

Le rein amené au dehors a l'apparence d'un rein sain. On l'incise profondément, un peu en dehors du bord convexe, et l'on arrive sur du pus sortant d'une petite caverne, au voisinage du pôle inférieur, tout près du bassin.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Rein petit. La caverne citée plus haut est de la dimension d'une pièce de 50 centimes. On ne trouve pas d'autres lésions.

10 avril. — A repris 5 kilogrammes depuis l'opération.

Bon appétit.

MICTIONS. — Pas de douleurs. Urine moins souvent le jour, la nuit cinq ou six fois.

L'urine (non recueillie avec la sonde) n'est pas encore complètement claire. On y voit encore quelques glaires, mais on ne peut savoir si elles viennent de la vessie ou du vagin. Pas d'albumine.

La malade sort de l'hôpital.

20 février 1906. — A sa sortie de l'hôpital, l'état était assez satisfaisant.

En septembre 1905, elle a pris des vomissements et a dû réduire l'alimentation.

Etat pulmonaire stationnaire. Ne semble pas avoir maigri.

FISTULE. — Ne s'est jamais tarie d'une façon définitive.

MICTIONS. — Trois ou quatre la nuit, le jour toutes les quatre heures.

URINES (non recueillies à la sonde). — Un peu louches.

Albumine, 0. Au microscope, pas de leucocytes.

La malade reste confinée au lit, ce qui est attribuable à son état mental. Poids : 41 kilogrammes 800 (déshabillée).

Ganglion sous-maxillaire gauche existant au moment de l'opération, est actuellement gros et un peu ramolli.

28 mars 1906. — Miction : la nuit, 2 ; le jour, 2 à 3. Pas de dysurie.

Plaie cicatrisée 2 à 3 mois après l'opération.

Etat général bon. Poids : 43 kilogrammes.

Urine dépolie.

24 juillet 1907. — Bon état général. Poids : 42 kilogrammes. Ganglions sous-maxillaires très petits.

Urine limpide. Traces d'albumine.

Culot. — Globules blancs, pas d'hématies.

Cultures stériles. Inoculation positive.

MICTIONS. — La nuit, 3 à 4 ; le jour, 4.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 220 grammes.

22 avril 1908. — Etat général excellent. Poids : 46 kilogrammes.

MICTIONS. — La nuit, 2 à 3 ; le jour, 4. Pas de dysurie.

Urine limpide, sans albumine.

Culot. — Quelques globules blancs peu nombreux, 1 ou 2 globules rouges. Cultures stériles. Deux inoculations négatives (cobayes sacrifiés après 37 jours).

Plaie bien fermée, pas d'éventration.

5 avril 1909. — Etat général bon ; très grasse, quoique un peu pâle. Poids : 43 kilog. 500. Cicatrice solide.

Urine limpide. Albumine : traces. Quelques rares globules blancs.

MICTIONS. — La nuit, 2 à 3 ; le jour, normales. Pas de douleur.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 125 grammes.

Cultures. — Stériles.

Inoculation négative.

OBSERVATION XXVI

Tuberculose rénale à forme pyonéphrotique avec périnéphrite intense et fistule néphro-colique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire avec suture de la fistule intestinale, malgré la crainte de bilatéralité. — Guérison quatre ans après. (Inoculation négative).

C... Marie, 29 ans, domestique.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A présenté pendant quelques années des symptômes d'ulcère gastrique paraissant actuellement guéri.

AFFECTION ACTUELLE. — Elle souffre du côté droit depuis trois ans. Cette douleur a commencé par un point de côté à l'hypocondre. La malade, en se tâtant, a constaté que son côté droit était plus gros et plus douloureux à la pression.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIONS. — Trois fois la nuit, six fois le jour. Elle a eu des crises de quatre à cinq jours, pendant lesquelles elle urinait à chaque instant.

DOULEUR. — A la fin de la miction.

URINES. — Troubles, avec dépôt au fond du verre.

VESSIE. — Sans lésions, zones urétérales normales.

REINS. — Rein gauche non senti. Rein droit descend jusque dans l'hypocondre droit. Douloureux.

TOUCHER URÉTÉRAL. — Non pratiqué (hymen conservé).

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL GAUCHE (côté supposé sain), dans une première séance, on recueille 3 à 4 grammes d'urine jaune ambrée, renfermant des globules de pus ; dans une deuxième séance, on recueille une quinzaine de grammes d'urine qui a les mêmes caractères physique et renferme encore des leucocytes dont quelques-uns en amas.

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES TOTALES (Fayssé).

Examen direct : Pas de bacilles de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

L'inoculation de l'urine gauche a été omise.

EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLENE. — Bonne élimination comme durée et comme intensité

ETAT GÉNÉRAL. — Moyen. Poids : 52 kilogrammes. Cœur 0. Poumons 0. Un peu de nervosisme.

La crainte de la bilatéralité des lésions contre-indiquerait peut-être l'intervention, cependant, la malade insiste vivement en raison des grandes souffrances qu'elle éprouve dans le rein.

13 mai 1905. — NÉPHRECTOMIE DROITE d'abord sous-capsulaire, puis extra-capsulaire. Après avoir fait la néphrectomie sous-capsulaire, on s'aperçoit que l'atmosphère celluleuse est atteinte et infiltrée de pus. On en fait l'ablation. M. Rafin s'aperçoit que cette atmosphère est adhérente au côlon et qu'elle est traversée par un trajet fistuleux qui se prolonge jusqu'au côlon, avec lequel elle communique. Il y a donc communication entre les foyers tuberculeux suppurés de l'atmosphère et le côlon. Cette communication n'est pas opératoire, mais pathologique. La suture de la fistule colique est effectuée en deux plans, après réséction de ses bords, qui semblent fongueux. Pince à demeure sur le pédicule du rein.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Poids : 165 grammes. Le pôle supérieur est rempli de cavernes et de gros tubercules caséeux. La caverne s'ouvre dans le bassin, qui est large, épaissi et rempli de pus. Les lésions se continuent très bas sur le pédicule, qui est énorme et purulent. On n'a pas vu l'uretère. Les deux tiers supérieurs du rein sont normaux et présentent une hypertrophie de la substance corticale. La capsule est très épaisse. Infiltration purulente dans son épaisseur. Vastes zones ulcérées, dont l'une correspond à une large ulcération de la face antérieure du rein. Cette dernière a traversé la capsule et atteint le gros intestin par un trajet fongueux. Ces lésions de l'atmosphère expliquent les vives douleurs éprouvées par la malade et qui lui faisaient réclamer l'opération.

8 juillet. — La malade sort de l'hôpital. Sa plaie n'est pas complètement cicatrisée.

Urine à peine louche. Pas d'albumine.

14 février 1906. — Lettre de la malade. Plaie complètement fermée depuis octobre 1905. A cette époque, pesait 61 kilogrammes. Actuellement, en pèse 56. Peut travailler modérément. Ne souffre plus dans la région rénale.

MCTIONS. — La nuit, quatre fois ; le jour, cinq à six fois, sans douleurs.

Elle envoit de l'urine qui assez trouble, avec du pus. Beaucoup d'albumine.

1^{er} août 1907 (Lettre de la malade). — S'est très bien portée pendant l'année passée ; est très contente d'avoir été opérée, Mais depuis le mois de février, elle a maigri, et son poids, qui avait atteint 63 kilogrammes, est redescendu à 53 kilogrammes. Quelques petites douleurs du côté opéré, un peu de température parfois. Urines claires ; pas de dysurie.

Février 1908. — Les urines envoyées par la malade donnent par la centrifugation un culot qui est constitué par un ou deux leucocytes, de nombreux cristaux d'acide urique. Inoculation négative.

5 avril 1909. — Deux ou trois fois par an, éprouve des crises, consistant en douleurs du côté non opéré, surtout en avant, envie d'uriner et dysurie, douleurs hypogastriques, céphalées, amaigrissement. Cette période passée (durée : 3 à 4 semaines). la malade reprend force et appétit.

MCTIONS. — Si elle se fatigue : 9 à 10 le jour, 2 la nuit ; sinon : 5 à 6 le jour, 1 la nuit.

Urines. — Nombreux globules blancs.

Cultures. — Stériles.

Inoculation négative.

OBSERVATION XXVII

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme uréteral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée quatre ans après. (Inoculation négative).

Mlle D..., 22 ans, cravatière, envoyée par MM. Chaumier et Weyrat.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Se fait au début de l'année 1904 par des douleurs à gauche et de la pollakiurie, qui, au mois de septembre 1904, a atteint une miction toutes les heures.

ÉTAT ACTUEL. — **MCTIONS.** — Toutes les heures, jour et nuit. Lorsqu'elle marche, elle urine moins souvent.

DOULEUR. — Vive en urinant.

URINES. — Très purulente, d'odeur fade, acides. Au microscope, on trouve de nombreux globules de pus et quelques globules rouges.

HÉMATURIES. — Parfois quelques gouttes de sang.

VESSIE. — Capacité, 50 grammes.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche légèrement accessible et douloureux, avec réflexe pyélo-vésical très net. Rein droit peu douloureux.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral gauche a la forme d'un large trou. Orifice urétéral droit, large, mais en bec de flûte.

La cathétérisme de l'uretère droit (côté supposé sain) donne une urine ambrée. Au début, on trouve quelques globules de pus. Après écoulement de 10 à 15 grammes de liquide, il vient un peu de sang, mais on ne trouve plus alors que de très rares globules de pus (un ou deux, parfois moins).

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (Mérieux) :

	Urine totale	Urine droite
Examen direct	Nombreux B. de Koch	Néant
Cultures	Stériles	Stériles
Inoculation	Positive	Négative

ÉTAT GÉNÉRAL. — La malade a maigri et perdu l'appétit.

14 mai 1905. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Rein augmenté de volume, bosselé. L'uretère est volumineux, gros comme le doigt, dur, et on sent que sa partie inférieure est également volumineuse ; à la coupe il apparaît rempli de caséum. On voit des lésions très avancées, prédominantes surtout dans la région du bassinet. Vaste surface suppurante.

Pour le reste, nombreux petits nodules qui, par places, sont confluents et forment un véritable infarctus.

Les suites opératoires ont laissé à désirer. Vers le huitième jour, il se forma sous la peau un petit hématome dû à une hémorragie secondaire. Fièvre. Assez mauvais état général, pas d'appétit. Douleurs le long de l'uretère. Mictions fréquentes (15 la nuit).

L'état fébrile persista ainsi plusieurs mois et ce n'est qu'en septembre, qu'une amélioration sensible fut constatée.

19 octobre. — Plus de fièvre. Va beaucoup mieux. L'appétit revient.

MICTIONS. — Six la nuit, le jour toutes les deux heures, moins douloureuses. Urines très troubles, comme de la purée.

L'état fébrile et les troubles généraux ont été attribués à l'uretère. Actuellement la douleur dont se plaignait la malade a presque disparu.

28 décembre 1905. — Etat général extrêmement amélioré. La malade a très bon aspect, l'appétit est suffisant et elle a bien engraisé.

La plaie est incomplètement cicatrisée, il s'en manque de 3 centimètres de longueur et de 1 centimètre de profondeur.

MICTIONS. — La nuit, six fois ; le jour, peut rester deux heures. Encore un peu de cuisson, mais beaucoup moindre.

Elle n'a presque plus de douleur le long de l'uretère. La malade a encore une légère sensation de pesanteur, mais elle peut bien marcher.

Urines encore très troubles.

17 février 1906. — La malade vient se montrer. Etat général parfait. Excellent appétit. La plaie n'est pas tout à fait cicatrisée.

MICTIONS. — Cinq ou six la nuit. Le jour toutes les heures et demie. Souffre en urinant. Urines sanglantes de temps en temps.

Le rein droit ne pas pas augmenté de volume.

A gauche, légère douleur sur le trajet de l'uretère, à la pression. Epreuve une sensation de pesanteur dans les flancs.

Urine, examinée au microscope, montre de nombreuses hématies, pas de leucocytes.

Etat général : Poids : 58 kilogs 600. Dit avoir engraisé de 10 kilogrammes.

17 juillet 1906. — Plaie guérie depuis 15 jours. L'urine ne renferme plus de sang. Etat général excellent. Poids : 64 kilogrammes. Mictions aussi fréquentes.

7 mars 1907. — Etat général excellent.

MICTIONS. — Toutes les 2 heures ; pas de dysurie. Urine trouble.

30 juillet 1907. — Etat général toujours parfait. Poids : 70 gr. 850.

MICTIÖNS. — La nuit, 2 à 3 ; le jour, toutes les 2 ou 3 heures.
Urine encore trouble, mais bien améliorée.

30 novembre 1907. — Poids : 73 kilogrammes.

MICTIÖNS. — La nuit, 4 à 5 ; le jour, toutes les 3 heures environ.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 60 grammes. Pas de dysurie.

URINE. — Très peu trouble, sans albumine, 1 ou 2 leucocytes, quelques hématies.

EXAMEN DIRECT. — Pas de bacilles de Koch.

CULTURES. — Staphylocoques. Inoculation négative.

2 avril 1909. — Etat général excellent. Poids : 68 kg 300.

MICTIÖNS. — La nuit, 3 à 5 ; le jour, toutes les heures. Douleur nulle.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 70 grammes.

URINE. — Très peu trouble, avec un peu d'albumine.

Culot très peu important, formé de quelques globules blancs et rouge n'expliquant pas l'albumine.

BACTÉRIOLOGIE (Mérieux) :

Examen direct. — Pas de bacilles de Koch.

Cultures. — Staphylocoques.

Inoculation. — Négative.

OBSERVATION XXVIII

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Arthrite du genou droit puis phlébite de la jambe droite. — Guérison constatée quatre ans après l'opération. (Inoculation négative).

Mme D..., 31 ans, ménagère, envoyée par le Dr Verrière.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — A la suite de la dernière fausse couche, la malade ressentit des douleurs dans le rein gauche. Depuis, ses urines sont troubles et elle a de la pollakiurie douloureuse.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIÖNS. — Cinq fois le jour, deux fois la nuit.

DOULEUR. — Pendant toute la durée de la miction.

URINES. — Extrêmement purulentes, sans odeur.

HÉMATURIE. — Aucune.

VESSIE. — Capacité vésicale, 200 grammes.

UTÉRUS. — Rétroversion légère, pas de lésions annexielles.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche un peu volumineux et douloureux. Rein droit non douloureux, perceptible suivant les jours, car la malade a des décharges purulentes.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME DES URETÈRES. — Du côté droit, l'orifice urétéral est large, un peu entr'ouvert. L'urine sort par éjaculation, elle est jaune ambrée. Dès le début, pas de globules de pus. Un peu d'albumine, que n'expliquent pas suffisamment les très rares globules rouges que l'on y trouve. (L'absence de globules blancs dès le début s'explique par deux causes : la sonde a été introduite très vite et, pendant toute la durée de l'épreuve, l'uretère gauche a été bouché par un gros caillot blanc.)

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES.

		Urines totales	Urines droites
Urée,	par litre.....	19,8	21,45
Phosphates	—	1,4	2,5
Chlorures	—	1,2	1,7

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

EXAMEN DIRECT. — Pas de bacilles de Koch.

CULTURES. — Stériles.

INOCULATION. — Absès caséux au point d'inoculation, renfermant du staphylocoque, mais pas de bacilles de Koch. Une deuxième inoculation a été faite : on a égaré la feuille donnant le résultat de l'examen.

ÉTAT GÉNÉRAL. — La malade n'a pas d'appétit. Fièvre vespérale. Cœur et poumons sains. Poids : 51 kilogrammes.

25 mai 1905. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Le rein est gros, composé d'un grand nombre de loges qui contiennent du pus, et, à la coupe, on ne voit que fort peu de parenchyme conservé. Sur la zone moyenne, on voit cependant un petit îlot ressemblant à de la substance corticale. Le pôle supérieur est formé d'une seule poche purulente plus vaste et plus amincie que les autres. Quelques granulations tuberculeuses se distinguent dans cette loge. La plupart des absès étaient ouverts dans les calices ou les bassinets ; cependant, sur la coupe, on en voit deux ou trois qui étaient isolés en plein parenchyme.

20 juin. — La malade sort de l'hôpital presque complètement

guérie. Elle garde encore, au niveau de sa cicatrice, une petite fistule. Se plaint, depuis depuis ou trois jours, de douleurs dans les jambes et les genoux.

4. juillet. — Revient pour arthrite du genou droit. Le début s'est fait le lendemain de sa sortie de l'hôpital, par une vive douleur et du gonflement, qui ont progressé. Douleurs dans le cou-de-pied et le coude droit.

Elle a de la fièvre depuis le début de ces douleurs. A l'entrée, la malade présente un genou volumineux, avec des culs-de-sac distendus, en particulier le cul-de-sac sous-quadricipital. La face interne du genou est très tuméfiée et douloureuse à la pression.

PONCTION DU GENOU. — On retire 50 grammes environ de sérosité purulente. Au microscope, nombreux globules de pus.

29 juillet. — Continue à souffrir du genou. Température irrégulière. Immobilisation dans une gouttière. Aujourd'hui, genou gros, globuleux, sans choc rotulien. Douleur surtout vive à la pression du côté du tibia.

La plaie rénale n'est pas encore complètement cicatrisée.

MICTIONS. — Deux ou trois fois le jour, une fois la nuit, sans douleur.

24 août. — La plaie lombaire est complètement cicatrisée. Genou toujours gros, douloureux et empâté.

Gouttière plâtrée.

12 septembre. — Le genou est dans le même état.

8 octobre. — Depuis quelque temps, la cuisse et la jambe droite ont augmenté de volume. Œdème considérable. En somme, phlébite du membre inférieur droit.

En dehors de cela : Etat général excellent. Bon appétit. La malade a commencé à engraisser, mais on ne l'a pas pesée à cause de sa phlébite.

Depuis quelques jours, elle se plaint de souffrir en urinant.

MICTIONS. — Trois fois la nuit, au lieu d'une à deux fois le jour, cinq fois. Urines parfaitement limpides.

Pas d'albumine. Capacité vésicale : 240 grammes.

26 décembre 1905 (sept mois après l'opération). — A augmenté de 6 kilogrammes. On se demande si l'affection articulaire n'est pas gonococcique, d'autant plus que la malade a des pertes blanches. On les examine aujourd'hui et l'on ne trouve pas de gonocoque. Le mari nie la blennorragie et on ne lui

trouve pas de goutte, ce qui prouve tout au moins qu'il n'y a pas eu de blennorragie récente.

La malade quitte l'hôpital avec sa jambe droite toujours immobilisée. Poids : 70 kilogs.

22 juillet 1907. — Etat général excellent. La jambe est restée un peu tuméfiée, le genou presque ankylosé. Un peu d'éventration au niveau de la plaie. Poids : 65 kilogs.

Urines louches. — Pas d'albumine, quelques globules blancs et des bâtonnets.

Cultures. — Coli-bacilles.

Inoculation. — Négative.

Mictions. — La nuit 0, le jour 6.

Capacité vésicale : 200 gr.

25 mai 1909. — Etat général excellent, même état du genou droit. Mictions : le jour, 6, la nuit, 0, non douloureuses. Urine limpide, ne renferme pas d'albumine : deux ou trois globules blancs

OBSERVATION XXVIX

Tuberculose rénale droite à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison opératoire et amélioration considérable de l'état général. Mort quatorze mois après l'intervention, brusquement anurique.

G..., 28 ans, cultivateur, envoyé par le D^r Thiers, de Crest.

Dans les antécédents personnels, on note une affection vésicale il y a 3 ans. Nombreuses hématuries.

AFFECTION ACTUELLE. — La maladie vésicale dont il a souffert il y a trois ans a été soignée à Valence, mais on ne lui fit jamais de sondage. Il avait de la pyurie, de la pollakiurie, des douleurs, des hématuries, tantôt au début de la miction, tantôt terminale, mais les troubles allèrent constamment en diminuant.

Pendant une rougeole contractée (il y a quatorze mois), il a souffert à deux reprises dans le rein droit, et, depuis ce moment, les symptômes vésicaux semblent avoir subi une recrudescence.

Depuis quinze jours, en dehors des symptômes vésicaux, le

malade ressent une douleur, tantôt sourde, tantôt violente, dans le rein droit.

ETAT ACTUEL. — MICTIONS : Cinq ou six fois le jour, la nuit toutes les heures. Pas de douleur à la miction.

URINES. — Sans odeur, acides, léger disque d'albumine, pas de sucre. En somme, parfois très troubles, parfois peu troubles.

HÉMATURIES. — Plus depuis trois ou quatre mois ; auparavant, elles étaient nombreuses, mais peu abondantes.

URÈTRE. — Libre.

VESSIE. — Capacité vésicale : 80 à 100 grammes.

PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES. — Prostate mal délimitée, avec un noyau gros comme un pois du côté gauche. Vésicules séminales un peu grosses des deux côtés.

TESTICULE, ÉPIDIDYME ET CORDON. — Rien de particulier.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche non senti.

Rein droit gros et douloureux. A l'inspection, on peut voir des bosselures, dures à la palpation. Ce rein descend non loin de la crête iliaque et s'étend en dedans vers la ligne médiane. Pas de saillie bien marquée en arrière.

CATHÉTÉRISME DES URETÈRES. — Vessie très sale, malgré tous les lavages, comme incrustée de matières purulentes. Orifice urétéral droit infundibuliforme. Orifice urétéral gauche normal. De ce côté, on obtient de l'urine très limpide, sans albumine, ni globules de pus.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES.

	Urine totale	Urine droite
Examen direct :	Néant	Néant
Cultures :	Staphylocoques	Stériles
Inoculation :	Positive	Positive

L'inoculation de l'urine gauche a été jugée inutile, l'urine étant considérée comme normale. (N. B. M. Rafin ne néglige plus cette inoculation).

11 juin 1905. — EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE. — Elimination normale en durée et en quantité.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre. Amaigrissement. Poids : 53 kg. 500. Cœur et poumons 0.

17 juin 1905. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Le rein enlevé est hypertrophié. Il est bosselé, et chacune de ces saillies renferme du liquide sous

tension énorme. A l'incision, des flots de pus s'échappent et jaillissent sur l'opérateur et ses aides. La principale caverne se trouve au pôle supérieur du rein ; les autres cavités, du volume d'une noix, sont tantôt remplies de pus véritable, tantôt pleines de sérosité plus ou moins purulente. La substance rénale, à l'examen macroscopique, paraît faire entièrement défaut et se trouve remplacée par une sorte de tissu lardacé assez pâle. Cependant, à la partie antéro-inférieure du rein, on trouve un faible îlot de parenchyme. Sur la surface externe, on ne voit nulle part de granulations tuberculeuses.

Poids : 290 grammes.

19 juin. — Le malade va bien.

6 juillet. — Etat satisfaisant. Appétit superbe. Plaie de bonne apparence, commençant à se fermer. Urines encore un peu rougeâtres.

23 juillet. — Part complètement guéri et cicatrisé, sauf une petite fistule assez profonde, qui s'est déjà bien amoindrie.

20 février 1906. — Le Dr Thiers donne des nouvelles du malade.

La guérison s'est maintenue, appétit excellent, a engraisé de 20 kilogrammes.

Cicatrice complètement fermée depuis longtemps. Le malade souffre encore un peu dans la région rénale droite.

MICTIONS. — Le jour, 4 à 5. La nuit, 3.

URINES limpides.

Avril 1906 (Lettre du Dr Thiers). Mort du malade 14 mois après l'opération, brusquement anurique.

OBSERVATION XXX

Tuberculose rénale droite à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Mort le vingt-septième jour de granulie pulmonaire.

G... Claude, 33 ans, cultivateur, adressé par le Dr Leclerc.

AFFECTION ACTUELLE. — Le malade a eu une vingtaine de crises ressemblant à des coliques néphrétiques ; la première, il y a 3 ans, à droite. Pas de blennorragie.

L'apparition des phénomènes vésicaux date des dernières coliques néphrétiques, c'est-à-dire du mois de décembre. De-

puis, il n'a plus repris de crises. A partir de cette époque, il urine souvent, et les mictions sont terminées par quelques gouttes de sang. Les urines sont troubles et l'on trouve un gros dépôt au fond du vase.

Le malade a, de plus, une douleur rénale à droite, qui se calme par le repos.

MICTIONS. — Dix fois le jour, deux fois la nuit. La marche et les courses en voiture n'influent aucunement sur le nombre des mictions.

Douleur modérée, mais variable, surtout à la fin des mictions.

URINES. — Acides, sans odeur, louches, léger disque d'albumine.

HÉMATURIES. — Quelques gouttes rosées à la fin de la miction.

URÈTRE. — Libre.

VESSIE. — Capacité vésicale : 225 grammes.

PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES. — Prostate petite, un peu inégale. Lobe droit normal. Inégalité de consistance du lobe gauche, petit nodule sur le bord supérieur.

TESTICULES, ÉPIDIDYME ET CORDONS. — Rien de particulier.

REINS. — Rein droit non accessible, rein gauche paraît légèrement perceptible dans les fortes inspirations.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL ET CYSTOSCOPIE. 1^o Les zones urétérales sont normales. Les parois latérales de la vessie paraissent mamelonnées. Un peu d'ulcération des cornes de la vessie, sans prédominance particulière d'un côté sur l'autre.

Rien droit. — Ce rein est polyurique au moment du cathétérisme, ce qui explique dans une certaine mesure l'aspect pâle de l'urine. L'urine sort par éjaculation extrêmement abondante. Elle est louche, et ce louche est dû à du pus. Les prises successives ont le même aspect.

Rein gauche. — Cathétérisme pratiqué aussitôt après. Tout d'abord, cette urine est assez abondante et peu ambrée. Ne contient pas d'albumine. Après une cueillette de 10 grammes, l'urine examinée au microscope ne contient que quelques globules rouges. A ce moment, le malade se met à transpirer et, non seulement la polyurie cesse, mais l'urine devient extrêmement rare.

Deuxième séance de cathétérisme de l'uretère gauche.

On constate de nouveau que les orifices urétéraux sont nor-

maux. Il y a des lésions comme papillomateuses sur une petite étendue dans les deux cornes latérales de la vessie aussi bien à droite qu'à gauche.

Cathétérisme. — 2^e Première prise de 3 centimètres cubes donne une urine assez jaune, ambrée, d'aspect limpide. Après quoi, par deux fois, on a examiné au microscope une goutte d'urine qui ne contenait pas de leucocytes. Deuxième prise de 3 centimètres cubes, qui est troublée par du sang.

CENTRIFUGATION DE LA PREMIÈRE PRISE. — Donne un petit culot dans lequel on trouve de très nombreuses cellules épithéliales en raquettes, généralement déformées, de très rares globules de pus, pas de sang.

CENTRIFUGATION DE LA PREMIÈRE PRISE. — C'est du sang pur, Une goutte, mise sous le champ du microscope, montre des hématies en grand nombre, pas de leucocytes ou un seul. De plus, il y a quelques cellules épithéliales et, par places, de petits amas qui pourraient, au premier abord, en imposer pour des leucocytes. On ne croit pas que cela en soit, les cellules ont une forme vaguement allongée.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES. — Quantité des 24 h. : 2.400 gr.

		Urine tot.	Urine dr.	Urine gauche
Urée	par litre	7 gr. 83	5 gr. 45	16 gr. 21
Phosphates	—	0 gr. 9	0 gr. 7	1 gr. 2
Chlorures	—	2 gr. 60	1 gr. 80	3 gr. 40

L'urine droite a été recueillie par une période de polyurie.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse).

Urines totales	Urine droite	Urine gauche
Amas de b. de Koch	Amas de ba. de Koch	Pas de b. de Koch
Cultures stériles	Cultures stériles	Cultures stériles
	Inoculation positive	Inoculation nég.

ETAT GÉNÉRAL. — Un peu amaigri, mais satisfaisant. Poids : 53 kilogs.

22 juin 1905. — NÉPHRECTOMIE DROITE EXTRA-CAPSULAIRE.

Le péritoine a été légèrement déchiré au cours de cette opération. Quelques fils de catgut Repin sont placés sur la séreuse.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — A la coupe, on voit sur la région médiane du segment postérieur, trois cavités kystiques contenant un liquide séreux. Dans l'intérieur du rein, sur les deux segments de la coupe, se voient des masses caséeuses et des granulations tuberculeuses, aussi bien en haut qu'en bas.

6 juillet. — Depuis trois ou quatre jours, râles sous-crépita-
tants à gauche. Crachats un peu hémoptoïques, comme dans
la pneumonie. A l'auscultation; on ne trouve aucun signe de
pneumonie post-opératoire.

13 juillet. — Langue sèche, appétit conservé. Le malade boit
sans répugnance du lait, des œufs crus. Adynamie extrême.
Sur la partie inférieure du tronc, il y a de l'érythème, ainsi
que sur les membres. (Il a pris hier 1 gramme d'antypirine).

14 juillet. Va mal. — Râles en divers points, notamment à
la base gauche. Souffle dans la région sus-épineuse droite.

15 juillet. — L'éruption a disparu.

17 juillet. — Même état, mais le pouls faiblit.

18 juillet. — Mort. Jusqu'à la mort, le diagnostic est resté
hésitant entre une granulie et une septicémie.

AUTOPSIE. — La plaie opératoire est en bon état. On ne re-
trouve pas les traces de la suture péritonéale. Rien de parti-
culier dans le péritoine.

Granulie des deux poumons, qui sont parsemés de nom-
breuses granulations, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur.
Congestion des deux bases.

Le poumon gauche est le plus malade. Sur la zone moyenne-
en arrière, on trouve une caverne du volume d'une grosse
noisette, remplie de caséum (peut-être quelques ganglions ca-
séeux).

Infarctus pulmonaire à la base gauche, de la grosseur d'une
petite pomme, mais de forme irrégulière.

Le rein gauche est absolument normal.

Sur la vessie, quelques granulations un peu au-dessus du
trigone. Pas d'abcès de la prostate. Rien aux testicules.

OBSERVATION XXXI

*Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme
urétéral. Néphrectomie Lombaire. — Trois ans et neuf mois
après, inoculation.*

Mme M..., 38 ans, cultivatrice, envoyée par le Dr Auboyer,
de Roanne.

Rein flottant depuis 6 ans.

Marie depuis 13 ans. Un enfant qui a eu un abcès osseux à la cuisse.

AFFECTION ACTUELLE. — La malade se plaint de douleurs à la miction et de douleurs spontanées au repos. Jamais d'urine sanglante ou de goutte de sang à la fin de la miction.

Elle ressent ces douleurs depuis quatre mois et elles tendent à s'accroître. Avec les douleurs, les urines sont devenues troubles. Il y a deux mois, elles l'étaient plus qu'aujourd'hui. La malade ne peut pas préciser la fréquence des mictions au début de ses malaises, cependant, elle affirme que celles-ci étaient plus fréquentes qu'à l'ordinaire.

Les douleurs sont survenues dans le rein gauche, par crises avec vomissements. Ces accès se reproduisaient très irrégulièrement, tantôt tous les jours, tantôt tous les dix ou quinze jours.

ETAT ACTUEL. — **MCTIONS :** Actuellement, dix à quinze fois le jour, quatre à cinq fois la nuit.

Douleur presque continue, accentuée principalement au commencement et à la fin de la miction.

URINES. — 700 grammes de 7 heures du soir à 7 heures du matin. L'urine a perdu sa clarté. On y trouve un léger dépôt. Pas de bacille de Koch.

HÉMATURIE MACROSCOPIQUE. — Aucune.

VESSIE. — Un peu sensible à la palpation hypogastrique.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 70 gramme. Le cathétérisme urétéral est impossible, car la sonde se bute à la saillie du muscle interurétéral, contre laquelle se trouve l'orifice de l'uretère.

En injectant sous anesthésie 130 grammes de liquide, le muscle interurétéral s'aplatit et le cathétérisme est aisé.

REINS ET URETÈRES. — Le pôle inférieur du rein gauche est à peine perçu. Le rein droit est reconnu à la palpation mobile avec les mouvements respiratoires. Son pôle inférieur est perçu un peu au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. Ce rein paraît immédiatement situé sous la paroi abdominale. La palpation est très douloureuse à ce niveau.

TOUCHER VAGINAL. — A gauche, sur le trajet de l'uretère, on sent un petit cordon induré. On ne sent pas le droit.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral droit normal, de forme linéaire. A gauche, l'orifice urétéral est recouvert de

débris purulents, on les chasse avec la sonde, l'orifice apparaît rouge et irrégulier.

URINE DROITE. — Limpide, jaune ambrée ; nombreux globules rouges ; leucocytes très rares ou même absentes suivant les préparations ; légère trace d'albumine.

URINE GAUCHE. — Pâle et purulente.

ETAT GÉNÉRAL. — Bon. Cœur et poumons 0. Poids : 55 kilogrammes.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Fayssé) :

	Urine tot.	Urine dr.	Urine gauche
Urée, par litre.....	12,43	23,78	9,72
Phosphates —.....	1,26	2,5	1,24
Chlorures —.....	2,4	3,20	1,20

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Fayssé).

	Urine totale	Urine droite	Urine gauche
Examen direct	néant	néant	néant
Cultures Staphyl. blanc		Stériles	Staphyl. blanc
Inoculation		Négative	Positive

24 juin 1905. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE EXTRA-CAPSULAIRE.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Rein un peu hypertrophié, 210 grammes. Sur la face postérieure, bombent deux abcès de la grosseur d'une cerise. A la coupe, on les voit remplis de matière trouble ayant l'aspect d'une bouillie de plâtre. De plus, on trouve, disséminées dans toute l'épaisseur du parenchyme, des masses à différents degrés de caséification.

Quelques granulations tuberculeuses à la coupe. Quelques-unes également, sous-capsulaire, sur la face antérieure et postérieure du rein.

Bonnes suites opératoires.

25 juillet. — Il y a quinze jours, on a découvert dans la plaie un foyer purulent, que l'on a ouvert. Depuis, la malade est apyrétique (l'urine du rein opéré contenait des staphylocoques).

Plaie en bonne voie de cicatrisation.

URINES. — Troubles, sans odeur. Mictions : quatre ou cinq fois le jour et autant la nuit, de sorte que l'amélioration de ce côté n'est pas très considérable.

TOUCHER VAGINAL. — On sent l'uretère gauche, mais non le droit.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon, mais pas d'amélioration frappante.

30 juillet. — Plaie incomplètement cicatrisée. Etat général passable. Pesait 55 kilogrammes à son entrée. Pèse aujourd'hui 47 kilogrammes. La malade quitte l'hôpital.

Revue le 4 décembre 1905 (six mois après l'opération). — Plaie presque complètement cicatrisée. Etat général bon. Bon appétit.

MICIONS. — Tantôt toutes les cinq minutes, tantôt toutes les heures, mais toujours douloureuses.

On ne sent pas les uretères par le toucher vaginal. La pression est plus douloureuse au niveau de l'orifice urétéral droit qu'au niveau de l'orifice urétéral gauche.

Au toucher vaginal, la vessie ne paraît pas indurée.

URINES. — Acides, un peu louches, léger disque d'albumine.

CAPACITÉ VÉSICALE. — Epreuve le besoin d'uriner à 80 ou 100 grammes, mais on peut introduire 150 grammes.

REIN DROIT. — Non accessible.

Poids : 52 kilogrammes, soit 5 kilogrammes de plus.

26 mars 1906. — Souffre toujours, mais moins. Fièvre vespérale. Appétit médiocre. A gagné plusieurs kilogrammes. Etat général excellent. Plaie non douloureuse, incomplètement cicatrisée.

Urines sanglantes, louches.

MICIONS. — Toutes les 3 heures, nuit et jour.

TOUCHER VAGINAL. — Aussi douloureux à droite qu'à gauche.

2 août 1907. — Va beaucoup mieux. Plaie presque cicatrisée.

La dysurie persiste. A beaucoup engraisé, bon appétit.

15 décembre 1907. — Urine assez trouble, renfermant de nombreux globules blancs, et de nombreux globules rouges. Inoculation positive. La dysurie persiste, ainsi que les douleurs lombaires.

27 août 1908. — Hématuries ; la dysurie persiste. Le nombre des mictions atteint 10 ou 12 par nuit.

5 avril 1909. — Mictions toutes les heures, s'accompagnant de douleurs lombaires. Hématuries intermittentes.

Urine sanglante et purulente.

Elle écrit qu'elle ne va pas plus mal, assez bon appétit, pas de forces.

OBSERVATION XXXII

Tuberculose rénale droite à forme pyonéphrotique volumineuse
Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée trois et huit
mois après inoculation négative.

Mme P..., 27 ans, envoyée par le Dr Berthier, de Roanne.

AFFECTION ACTUELLE. — Entre pour « urines purulentes et gros rein ». Le début s'est fait en même temps que celui de la grossesse, c'est-à-dire il y a dix mois, par une modification de l'urine, qui devint trouble, et de la fréquence des mictions. Jamais de cathétérisme.

L'état resta stationnaire jusqu'au mois d'avril. A ce moment, début de douleurs rénales du côté droit, survenant par accès très violents et coïncidant avec l'émission d'une urine claire. Ces accès disparaissent dès que l'urine devient purulente.

La région rénale est devenue très volumineuse, surtout depuis l'accouchement, qui a eu lieu il y a trois semaines. Depuis deux mois, amaigrissement de 10 kilogrammes et perte d'appétit.

ETAT ACTUEL. — MICTIONS. — Huit fois le jour, quatre fois la nuit.

Douleur à la fin de la miction.

URINE. — Très purulente.

HÉMATURIES. — Aucune.

VESSIE. — La capacité vésicale semble assez grande et, cependant, à deux reprises, pendant un sondage, elle rejette violemment la sonde

REINS ET URETÈRES. — Rein droit énorme, saillant en avant, vient jusqu'à l'ombilic et la fosse iliaque droite. Fluctuant.

Rein gauche non senti.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon, rien au cœur et aux poumons. Poids, 45 kilogrammes.

EXAMEN. — On n'a pas fait de cathétérisme urétéral, parce que l'urine était vraiment trop purulente, ce qui l'eût rendu difficile, et peut-être dangereux. Quant à la séparation, on

avait fait préparer le séparateur, lorsqu'elle a rejeté la sonde destinée au lavage de la vessie. Du reste, on n'a pas cru devoir insister sur cette exploration rénale, parce qu'elle n'a pas paru indispensable, en vertu du raisonnement suivant : Il y a une si énorme pyonéphrose que la fonction de ce rein doit être nulle ; d'autre part, l'état général n'est pas mauvais ; donc, l'autre rein doit être bon.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (Fayssie).

EXAMEN DIRECT. — Pas de bacilles de Koch, quelques cocci.

CULTURES. — Stériles.

INOCULATION. — Positive.

21 juillet 1905. — INTERVENTION, NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE.

Le rein enlevé est caverneux, multilobulé ; le parenchyme rénal a disparu et fait place à de grandes cavités remplies de pus, disséminées dans toute l'étendue du rein.

Cependant, la décortication sous-capsulaire a été facile.

Poids du rein, vide de pus, 420 grammes.

25 juillet. — Le jour et le lendemain de l'opération, urines très purulentes et fièvre. Elles semblent limpides actuellement la malade va bien.

28 août. — La malade urine actuellement six fois le jour et deux fois la nuit.

Urines un peu louches encore. Odeur fade. A la centrifugation, on trouve de nombreux leucocytes.

Plaie lombaire presque guérie. Elle laisse seulement une fistule du diamètre d'un crayon ordinaire.

Novembre. — Le Dr Berthier écrit que l'urine est normale.

30 décembre 1905 (cinq mois après l'opération). — La malade écrit qu'elle va très bien. Elle pèse 61 kilogrammes (probablement habillée). La plaie est réduite à une fistule. Elle se sent de plus en plus forte et travaille toute la journée sans fatigue.

1^{er} mars 1906 (sept mois après l'opération). — Etat général excellent. Poids : 62 kilogrammes, sans vêtement. Plaie pas tout à fait cicatrisée, il reste une petite fistule. (L'enfant qu'elle a eu un mois avant l'opération a un état de santé assez satisfaisant.)

CAPACITÉ VÉSICALE. — 180 grammes.

MICTIONS. — La nuit, 1 ; le jour, 5.

Urines limpides, un peu d'albumine ; ni leucocytes, ni hématies.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Pas de bacilles de Koch ; cultures stériles. Inoculation négative.

12 mai 1907 (Lettre du D^r Berthier). — Va bien, ainsi que son enfant.

3 avril 1907. — Plaie cicatrisée depuis juillet 1906. Poids : 68 kilogrammes. Etat général bon.

MICCTIONS. — La nuit, 0 à 1 ; le jour, 4 à 6. Son enfant a 25 mois, n'a marché qu'à 23 mois ; il pesait 500 grammes à sa naissance ; actuellement, pèse 10 kilogrammes.

30 octobre 1907. — Urine (non recueillie à la sonde), quelques leucocytes. Inoculation négative.

5 avril 1909. — Etat général parfait. Poids : 64 kg 500.

MICCTIONS. — Le jour, 4 ; la nuit, 1. Pas de dysurie.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 230 grammes.

Urine limpide, sans albumine.

N'a pas eu d'enfant depuis l'intervention. Son enfant est bien portant.

Cultures. — Stériles.

Inoculation. — Négative.

Cystologie de l'urine. — Quelques cristaux d'acide urique ; pas de globules blancs.

OBSERVATION XXXIII

Tuberculose rénale droite à forme nodulaire, et par places ulcéro-caséuses. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison (deux inoculations négatives) constatée trois ans après, mais urines très purulents et en contradiction avec le résultat de l'inoculation.

G..., 28 ans, ramonneur, envoyé par le D^r Verrière.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pendant l'hiver 1904, bronchite tenace. Blenn. 0.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Pendant la pleurésie qu'il eut il y a un an, on lui mit des topiques. Un mois après

cette application, il eut une hématurie. Insensiblement les urines sont devenues troubles et les mictions plus fréquentes. En avril, il s'est sondé lui-même une dizaine de fois.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIONS. — Le jour, toutes les heures, deux fois la nuit.

DOULEUR. — Après la miction.

URINES. — Troubles. Nombreux leucocytes. L'urine totale recueillie stérilement a donné des staphylocoques. Pas de bacilles de Koch.

HÉMATURIE. — Une hématurie terminale légère au début de la maladie. Depuis, quelques gouttes de sang à la fin des mictions.

URÈTRE ET PÉRINÉE. — Sonde Nélaton n° 17 passe facilement.

VESSIE. — Capacité vésicale, 140 grammes. A la cystoscopie, on voit les orifices urétéraux normaux. La saillie muqueuse que forme le muscle interurétéral est un peu rouge.

PROSTATE. — Petite.

TESTICULES. — Absence du testicule à droite. (Il aurait été enlevé pendant son séjour au régiment, au moment d'une cure radicale de hernie.)

Testicule gauche non apparent jusqu'à l'âge de dix-huit ans. A ce moment, on l'aurait refoulé dans les bourses, au moment de l'opération d'une hernie du côté gauche. A gauche, petit noyau sur la queue de l'épididyme.

REINS. — Rein gauche non senti. A droite, on le sent nettement.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL ET CYSTOSCOPIE. — Orifice urétéral peut-être un peu plus large qu'à l'état normal.

L'urine gauche est limpide. Quelques hématies, pas d'albumine. (Elle est pâle, parce que le malade est en état de polyurie.)

L'urine droite, examinée après écoulement de 6 centimètres cubes, donne un petit culot de leucocytes. Ce rein est manifestement pris.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Fayssé).

	Urine tot.	Urine dr.	Urine gauche
Urée, par litre.....	10,81	5,40	16,20
Phosphates —	1,2	0,7	2,5
Chlorures —	1,8	1,4	2,3
Albumine	Disque net		0

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse).

	Urine totale	Urine droite	Urine gauche
Examen direct	néant	néant	néant
Culture	Staphylocoque	Staphylocoque	Stériles
Inoculation	Positive	Positive	Négative

ÉTAT GÉNÉRAL. — Bon. Poids : 64 kilogrammes. Rien au cœur.

POUMONS. — Quelques craquements, respiration rude au sommet gauche.

On propose l'intervention, qui est refusée par le malade.

Revient le 2 novembre 1905. Urines louches. Léger disque d'albumine.

MICTIONS. — Deux fois la nuit, le jour toutes les deux heures.

Refuse de nouveau l'opération.

Rentre le 29 janvier 1906. Mictions, trois fois la nuit ; le jour, presque toutes les demi-heures, mais quelquefois peut rester deux heures.

Depuis six mois, plus d'hématurie.

On ne sent pas le rein gauche. On perçoit le pôle inférieur du rein droit.

URINE. — Louche. Pas d'albumine.

PROSTATE. — Semble se diviser en deux parties, une zone inférieure dure et nodulaire, une zone supérieure très molle.

Poids : 66 kilogrammes.

AUSCULTATION. — Même état.

31 janvier. — ÉPREUVE DE LA GLYCOSURIE PHLORYDZIQUÉ. Bonne élimination complète deux heures après l'injection.

2 février. — ÉPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLENE. Élimination peu intense, trop rapide.

3 février 1906. — NÉPHRECTOMIE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. Pincés à demeure sur le pédicule.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Le rein paraît normal comme volume. Mais le pôle supérieur est bosselé. On y trouve quelques granulations miliaires saillantes pour la plupart et une large plaque grisâtre ayant, sauf la couleur, la forme d'un infarctus. Poids : 140 grammes.

A la coupe, les trois quarts inférieurs du rein ne présentent que du tissu sain macroscopiquement. Le pôle supérieur recèle une caverne grosse comme une noisette, et, près de son bord interne, on trouve une seconde caverne du volume d'un pois, communiquant avec la première. Leurs surfaces sont

un peu bourgeonnantes, les cavernes renfermant du caséum.

26 février. — Urines à peine louches. Mictions quatre à cinq fois la nuit ; le jour, toutes les deux heures ; légère douleur à la miction. Bon appétit.

27 février. — Urine : très nombreux petits filaments, un peu d'albumine. Souffre toujours du côté droit. A perdu 3 kilogrammes. Plaie presque cicatrisée.

Exeat.

20 mars. — Bon état général. Poids : 66 kilogrammes (désahillé). Depuis un mois, il a donc regagné les 3 kilogrammes qu'il avait perdus pendant son séjour à l'hôpital.

MICTIONS. — Le jour, peut rester trois heures sans uriner ; la nuit, quatre à cinq fois. Urines claires avec de petits filaments en suspension.

Les douleurs dans la région rénale diminuent.

9 janvier 1908. — Après une période d'amélioration très nettes le malade présente à nouveau depuis 8 jours de la pollakiurie et de la dysurie. Palpation du rein négative. Etat général assez bon, sauf un peu de température.

Urine très purulente. Inoculation négative. Cultures stériles.

2 février. — Va mieux. Les urines se sont clarifiées.

Juin 1908. — Etat général assez bon. Urine un peu trouble renfermant de nombreux globules blancs. Cultures stériles. Inoculation négative.

MICTIONS. — La nuit, 7 à 8 ; le jour, toutes les heures environ.

20 août 1908. — Inoculation de deux cobayes : négatives.

18 février 1909. — Etat général bien amélioré.

Urine légèrement trouble, renferme un peu d'albumine.

MICTIONS. — La nuit, 5 à 7 ; le jour, les intervalles entre les mictions atteignent 1 à 2 heures. Légère dysurie. Légère hématurie il y a 15 jours.

PROSTATE. — Petite, plate, mal délimitée en haut.

24 mars 1909. — Urine trouble, sanguinolente.

Un peu d'induration dans la partie droite de la vessie.

On ne sent rien dans le rein gauche.

L'état général reste bon.

OBSERVATION XXXIV

Tuberculose rénale droite fermée (oblitération de l'uretère et sclérose du rein). Séparation endo-vésicale. Cachexie très prononcée. Néphrectomie lombaire. — Amélioration très considérable. Mal de Pott dorsal. Trois ans et quatre mois après, inoculation négative.

Mme V... Marthe 35 ans, couturière, envoyée par D^r Reverdy. Deux enfants vivants et bien portants.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a un an, violentes douleurs dans l'hypochondre droit. En septembre, sciatique de la cuisse droite dont elle souffre encore.

ÉTAT ACTUEL. — Malade très amaigrie, cachexie extrême, facies pâle. Température à l'entrée, 37°3. Pouls, 120. Urines : rien de particulier. Jamais de sang, jamais de gravier. Grosse tuméfaction, fluctuante, douloureuse à la pression, dans la région iliaque, et descendant jusqu'au-dessous de l'arcade crurale.

Le membre inférieur est en flexion de la cuisse sur le bassin et en légère abduction, comme dans le psoriasis. Les mouvements tendant à corriger cette position vicieuse sont très douloureux. Le foie est gros, on sent son rebord tranchant au niveau de la ligne ombilicale.

Pas de modification de la colonne vertébrale.

Devant l'indécision où l'on se trouve, entre un abcès chaud et un abcès froid (la malade souffrant beaucoup, on ne peut l'examiner convenablement, surtout au point de vue colonne vertébrale), on fait une ponction qui ramène du pus fétide. Dans ces conditions, on débride rapidement et largement la collection purulente.

20 novembre. — Œdème des deux jambes. A droite, il n'occupe que le pied, il est mou. A gauche, l'œdème remonte, jusqu'à la cuisse, il est dur, plus prononcé et s'accompagne de douleurs dans le mollet, il s'agit d'une phlébite. On met le membre inférieur gauche en gouttière.

23 novembre. — L'œdème remonte jusqu'à la racine de la cuisse.

18 janvier 1906. — L'état général s'étant un peu amélioré, un examen plus complet est possible. Le rein droit étant assez volumineux et les urines étant presque limpides (pas de globules blancs, quelques globules rouges s'expliquant par un léger traumatisme du méat), on pose l'hypothèse d'une pyonéphrose fermée. Le rein gauche est parfaitement accessible, mais non douloureux et de volume normal. La plaie suppure abondamment ; en avant, on sent une masse qui doit être le rein. Pour vérifier l'hypothèse, on se propose de cathétériser l'uretère droit.

CYSTOSCOPIE. — Orifice urétéral droit introuvable, bien que la zone soit normale. L'orifice urétéral gauche est très visible. A ce niveau, on voit à plusieurs reprises des éjaculations claires.

SÉPARATION ENDO-VÉSICALE. — Le rein droit ne donne pas une goutte d'urine. A gauche, éjaculations normales.

(L'uretère très étroit, a dû être dilaté aux Béniqués.)

20 janvier 1906. - NÉPHRECTOMIE DROITE EXTRA-CAPSULAIRE. Le rein apparaît petit et lobulé. On pince le pédicule et on enlève l'organe.

Curetage des surfaces irrégulières et fongueuses sur les bords de l'incision. Cautérisation légère au thermocautère. Pince à demeure. A l'extrémité inférieure de l'incision, le doigt plonge dans la fosse iliaque comme si l'abcès précédemment ouvert avait suivi le trajet du psoas.

Mèches de gaze. Pas de suture.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Rein lobulé plus petit que normalement. Poids : 70 grammes ; longueur, 9 centimètres. Mince coque scléreuse, plus de tissu rénal sain. Le rein est composé d'un certain nombre de cavernules grosses comme des noisettes, remplies de pus.

Pôle inférieur est occupé par une caverne plus grande.

Du pus recueilli aseptiquement au cours de l'opération dans le rein même est porté au laboratoire.

Le bassin est manifestement dilaté.

Examen bactériologique du pus rénal. Pas de bacille de Koch.

29 janvier. — La température qui était tombée après l'opération a remonté depuis quelques jours ; on pense à de la rétention au niveau de la plaie. On la décolle et on livre passage à du pus qui se collectait au-dessous.

12 février. — La malade se plaint de douleurs dans la région lombaire.

L'état général se relève. Pas de fièvre.

Rein gauche très accessible.

14 mai. — L'état général s'est amélioré. A repris de plusieurs kilogrammes. Poids : 32 kilogrammes.

Juillet 1907. — Etat général bon. A eu ses règles qu'elle n'avait pas eues depuis deux ans. Plaie encore largement ouverte. Une gibbosité siégeant vers la deuxième vertèbre dorsale s'est encore accentuée. Poids : 41 kg 300.

Décembre 1907. — Inoculation négative. L'urine renferme cependant des globules de pus, dont quelques-uns en amas assez importants ; on voit un amas caséeux.

22 décembre 1908. — Etat général un peu moins satisfaisant. Gibbosité pottique toujours aussi marquée. Plaie non cicatrisée (entropion et fistule se dirigeant vers la fosse iliaque).

A souffert un peu de la vessie.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 350 grammes.

Urine assez trouble. Au microscope, on trouve une quantité modérée de globules de pus, et des bactéries en quantité énorme (*B. Coli*) ; pas d'hématies ; albumine en quantité notable.

Cultures : staphylocoques.

Inoculation négative.

6 février 1909. — La vessie va mieux.

CAPACITÉ. — 250 grammes.

MICTIONS. — La nuit, 0 ou 1 ; le jour, 2 à 3. Pas de douleur.

Urine peu trouble renferme toujours de l'albumine en notable quantité. A la centrifugation, on a un culot formé de leucocytes, de rares hématies.

La plaie est encore largement ouverte.

5 mai 1909. — Poids, 42 kilogs.

Urine trouble, d'odeur fétide (recueillie à la sonde) ; albumine, un peu, bien moins qu'au dernier examen.

Culot. — Très nombreuses bactéries, globules blancs en quantité modérée.

Pas de globule rouge, pas de cylindre.

La plaie a très sensiblement diminuée.

Cultures.

Une inoculation est faite.

OBSERVATION XXXV

Tuberculose rénale gauche à forme caverneuse. Epreuve du bleu de méthylène et de la glycosurie phloïrdzique. Cathétérisme urétéral ou séparation impossibles. Mauvais état général. Néphrectomie lombaire. — Mort opératoire, tuberculose généralisée et notamment de l'autre rein.

B... Joseph, 23 ans, cultivateur, envoyé par le Dr Garcin, de Crémieu.

Antécédents personnels. — A 18 ans, pleurésie droite.

Blennorragie : Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En mai 1905, légères hématuries terminales avec dysurie. En août, fréquentes douleurs vésico-urétérales et hématuries.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade se plaint de mictions fréquentes accompagnées de douleurs. Quelques hématuries.

MICTIONS. — Toutes les demi-heures, jour et nuit.

DOULEUR. — A la fin des mictions.

URINES. — Purée jaune pâle opaque. Très alcalines, odeur repoussante.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES TOTALES (Faysse) :

Examen direct : pas de bacille de Koch.

Cultures : coli-bacille.

Inoculation au cobaye : positive.

Hématurie : terminale, assez légère.

URÈTRE ET PÉRINÉE. — Rien de particulier.

VESSIE. — Capacité : 60 grammes.

PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES. — Prostate petite. Petit noyau sur le lobe droit. Au-dessus, on sent la vessie épaissie.

TOUCHER RECTAL. — Donne le réflexe de Bazy, à droite, à gauche et au milieu.

TESTICULE ET ÉPIDIDYME. — Varicocèle à gauche. Tête de l'épididyme à gauche, augmentée de volume et irrégulière.

REINS. — On sent un peu le rein droit.

A gauche, le rein est volumineux. Un peu de douleur au bassin et point lombaire.

ETAT GÉNÉRAL. — Mauvais. Pas d'appétit. Se sent faible. Langue rouge. Sensation de soif. Rien au cœur et aux poumons.

TRAITEMENT. — En raison de la gravité de l'état général, de l'infection des urines, des lésions vésico-prostatiques qui auraient rendu les manœuvres intra-vésicales très difficiles et dangereuses, on n'a pas pratiqué la cystoscopie. On s'en est tenu à l'épreuve du bleu et à la phloridzine.

12 janvier 1906. — EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE. — Elimination un peu retardée, assez intense, mais trop rapide.

15 janvier. — EPREUVE DE LA GLYCOSURIE PHLORYDRIQUE. — Pas d'élimination de glucose.

16 janvier 1906. — NÉPHRECTOMIE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE. Le rein bombait vers la coupole diaphragmatique. Il est enlevé assez péniblement, mais aucun liquide purulent ne se répand dans la plaie. Uretère gros et rempli de matières caséuses.

Pince à demeure sur le pédicule. Pas de suture.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Rein volumineux, 750 grammes. Multilobulé. Un peu de parenchyme sain au niveau du pôle supérieur. En somme, gros rein caverneux.

22 janvier. — L'urine s'est un peu améliorée. Elle contient moins de pus, mais davantage de sang. Le malade souffre beaucoup pendant les mictions. Douleurs dans les deux fosses iliaques.

MICTIONS. — Tous les trois quarts d'heure la nuit, toutes les heures le jour.

Pas d'appétit.

2 février 1906. — Se plaint de douleurs dans la région rénale droite.

3 février. — Le malade s'affaiblit et meurt dans la soirée.

9 février. — AUTOPSIE. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide pâle avec des grumeaux en suspension.

Granulations péritonéales.

Rien à la rate.

Poumons — Semis de granulations du haut en bas.

Côté opéré — Rien de particulier dans l'atmosphère cellulaire. L'uretère est épaissi, augmenté de volume, sa cavité est élargie et caséifiée.

Rein droit — Volumineux. Trois ou quatre granulations sur la surface externe. Aspect du gros rein blanc. A la coupe,

on voit autour du bassinnet une série de cavernes.

Bassinnet dilaté ainsi que l'uretère. Parois minces. Points rétrécis sur la partie inférieure du bassinnet. A la pression de l'uretère, on fait sourdre du sang dans la vessie.

Vessie. — Tapissée de granulations. Orifice urétéral gauche en entonnoir. Le droit est occupé par un magma blanchâtre.

Les lésions vésicales se poursuivent dans l'urètre prostatique.

Prostate. — Rien de particulier.

Testicules. — Paraissent sains.

OBSERVATION XXXVI

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison trois ans après, inoculation négative, urine purulente.

Mlle M..., 52 ans. Malade du D^r Verrière.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a 14 mois, chute sur l'angle d'un siège qui a porté sur le côté gauche. Depuis un an, pollakiurie progressive. En août, jusqu'à 50 mictions par nuit.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIONS : Huit à dix la nuit, autant le jour, la marche n'influe pas.

DOULEUR. — Vive, souffre moins la nuit que le jour.

URINES. — Très purulentes, acides.

URÈTRE ET PÉRINÉE. — Rien de particulier.

VESSIE. — Capacité vésicale : 60 à 80 grammes. Vessie rouge, Orifice urétéral droit, normal, zone urétérale gauche tomenteuse.

REINS. — Rein droit, mobile au troisième degré. Gros et globuleux. N'en a pas souffert. Rein gauche, moins mobile, assez gros, donne une sensation d'empâtement.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL DROIT — Urine limpide, coulant d'abord par gouttes, puis par éjaculation. (La prise pour l'examen bactériologique a été prise après 10 grammes au moins d'écoulement). Injection de 10 grammes de nitrate d'argent à 2 pour 100 après le cathétérisme. Le milieu vésical est forte-

ment troublé par l'urine gauche pendant le cathétérisme du rein droit. L'urine droite contient un peu d'albumine. Après centrifugation, elle forme un petit culot, dans lequel se trouvent quelques hématies de rarissimes leucocytes, et des cristaux.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Mérieux).

Urines totales		Urine droite
Urée	par litre 18 gr. 20	30 gr. 24
Chlorures	— 6 gr. 55	10 gr. 53
Phosphates	— 2 gr. 01	2 gr. 20
Albumine.		Traces.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES TOTALES.

Examen direct — Pas de bacilles de Koch.

Pneumocoques.

Inoculation — Positive.

ETAT GÉNÉRAL. — Passable. Poids : 52 kilogs 400.

13 février 1906. — EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLENE. — Elimination mauvaise. Beaucoup d'albumine acéto-soluble.

14 février 1906. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE. Pincés à demeure.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Poids : 250 grammes. La capsule propre enlevée, le rein apparaît bosselé et couvert sur toute sa surface d'une infinité de granulations. Au pôle supérieur, surface fluctuante. Il existe en ce point un abcès qui s'est ouvert pendant le cours de l'opération. Au pôle inférieur, deux kystes comme des pois.

A la coupe, beaucoup de substance saine, mais aspect du rein blanc. On voit, disséminées sur toute l'étendue de la coupe, moins nombreuses au pôle inférieur, de toutes petites granulations, sans prédominance nette sur les pyramides ou les colonnes. Calice un peu dilaté. Bassinet fibro-graisseux non dilaté. Atmosphère celluleuse adhérente au pôle supérieur.

16 février. — Un peu d'agitation. Un peu de dyspnée. Coliques légères. Inspirations fortes. Intermittences au pouls. A vomé hier et cette nuit et n'a plus vomé depuis ce matin.

17 février. — Pouls irrégulier. Agitation un peu moindre.

20 février. — Langue blanche et un peu sèche. Pouls rapide et irrégulier. Un vomissement bilieux.

1^{er} mars. — Etat satisfaisant.

30 mars. — Etat général nettement amélioré. Il en est de

même de l'urine qui est simplement louche. Mictions encore très fréquentes. Plaie réduite à un trajet fistuleux.

14 juin 1906. — Etat général bon. A engraisé de 4 kilogs 500.

MICTIONS. — Toujours fréquentes ; la nuit, toutes les heures, le jour, toutes les 20' ou 30'. Dysurie diminuée, ou même absente.

URINE louche, mais bien améliorée.

PLAIE incomplètement cicatrisée.

14 mars 1907. — Etat général bon.

MICTIONS. — Huit, jour et nuit ; mais la douleur qui avait à peu près cessé a reparu depuis un mois ; depuis un mois légères hématuries.

VESSIE. — Capacité vésicale : 50 gr.

URINE très trouble, d'odeur désagréable, renfermant des grumeaux et beaucoup d'albumine.

Cultures stériles.

La plaie s'est fermée fin septembre.

31 octobre 1907. — Etat général bon. Poids : 58 kilogs 750.

MICTIONS. — La nuit, 8 à 15 ; le jour, l'intervalle est de une heure à une heure et demie. Dysurie améliorée.

En juin a eu à deux reprises deux rétentions d'urine ayant nécessité le cathétérisme.

URINE très améliorée, assez louche cependant, renfermant de l'albumine.

23 janvier 1908. — Mictions toutes les heures jour et nuit ; reste cependant quelquefois deux heures sans uriner. Dysurie variable, mais améliorée. Urine louche renferme des leucocytes et des hématies en grand nombre.

Inoculation négative.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 90 gr.

1^{er} avril 1909. — Etat général passable. Poids : 54 kilogs 250.

Perd ses forces depuis six mois.

MICTIONS. — Fréquence augmentée depuis quinze jours (toutes les 20') ; parfois un peu de cuisson pendant la miction.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 70 gr.

On ne sent pas l'uretère. Le rein droit est perceptible, abaissé, paraît augmenté de volume.

Urine trouble, purulente, sans odeur, renfermant une quantité d'albumine assez importante ; des globules de pus nombreux,

peu d'hématies (n'expliquant pas la quantité d'albumine).
Inoculation. — Négative.

OBSERVATION XXXVII

Tuberculose rénale droite à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétral droit (côté malade). Néphrectomie lombaire. — Amélioration notable. Mort trois ans après. Lésions bilatérales antérieures à l'opération.

J... Marius, 35 ans, envoyé par le D^r Françon, de Tenay.
Blennorrhagie 0.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Ostéite d'un orteil en 1887.

Au niveau de la pointe de l'omoplate droit, cicatrice due à un abcès ayant longtemps persisté.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Début il y a quatorze mois environ par des douleurs le long du canal au moment des mictions.

Douleur dans la région lombaire gauche, quand le malade éprouve le besoin d'uriner.

ÉTAT ACTUEL. — MICTIONS : Dix la nuit, cinq à six le jour.

DOULEUR. — A la fin de chaque miction.

URINES. — Troubles, albumine en assez grande quantité.

Hématuries — Quelques gouttes de sang à la fin des mictions.

URÈTRE ET PÉRINÉE. — Une sonde de Nélaton n° 16 passe facilement.

VESSIE. — Capacité vésicale : 140 grammes.

PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES. — TOUCHER RECTAL : Prostate petite, molle, bosselure sur le sommet du bord droit.

Réflexe vésical des deux côtés. Rien aux vésicules séminales.

REINS. — Non sentis. Pas de douleur le long de l'uretère, ni à droite, ni à gauche.

TESTICULE ÉPIDIDYME. — Rien de particulier.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME DES URETÈRES. — Rein droit.

Orifice urétéral droit déprimé ; on obtient de l'urine très pûrulente. Pas de rétention pyélitique. L'uretère gauche n'a pas été sondé.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Faysse).

		Urine totale	Urine droite
Urée	par litre	17 gr. 28	2 gr. 02
Chlorures	—	1 gr. 2	0 gr. 8
Phosphates	—	5 gr. 5	2 gr. 5

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

Urines totales.

Examen direct. — Pas de bacilles de Koch.

Cultures stériles.

Urine droite.

Inoculation. — Positive.

ETAT GÉNÉRAL. — Amaigrissement considérable. Cœur et poumons : 0. Poids : 62 kilogs.

20 mars 1906. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE DROITE. — Pince à demeure sur le pédicule.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Poids : 290 grammes. Rein entièrement lobulé ; les lobules sont surtout marqués au pôle supérieur. A la surface, granulation saillante grosse comme une tête d'épingle. La capsule se détache aisément. A la coupe, le pôle supérieur est occupé par trois cavernes de la dimension d'une noisette. Au pôle inférieur on trouve un point caséifié assez étendu et, vers le milieu de l'organe, deux points de ramollissement dont l'un semble situé au sommet d'une pyramide.

Le tissu rénal sain a presque complètement disparu à l'œil nu. L'organe a une consistance dure, son aspect est blanchâtre et lardacé.

15 avril 1906. — Suites simples. Plaie en voie de cicatrisation. Urine bien améliorée, toutefois mictions encore fréquentes.

9 mai. — Urines parfois encore troubles.

MICTIONS : Six la nuit, six le jour ; douloureuses.

ETAT GÉNÉRAL : Satisfaisant.

28 mai 1907. — Etat général excellent. Poids : 68 kilogs 200. Fistule non fermée.

MICTION. — Cinq à six, jour et nuit. Dysurie persiste.

URINE. — Fortement louche, avec de l'albumine.

Rein gauche non perceptible.

CAPACITÉ VÉSICALE. — Plus de 13 gr.

2 août 1907. — Etat général excellent. Poids : 69 kilogs 500.

MICTIONS. — La nuit, 6 à 8 ; le jour, toutes les heures.

URINE assez trouble, sans odeur, un peu d'albumine.

La fistule suppure toujours.

23 janvier 1908. — Fistule non-fermée. Etat général passable.

Poids : 65 kilogs.

URINE louche, renferme de l'albumine.

9 juillet 1908. — Poids : 60 kilogs 600. La fistule persiste.

MICTIONS douloureuses le jour, toutes les heures ; la nuit, 10 à 12.

CAPACITÉ VÉSICALE. — Plus de 300 gr.

PROSTATE. — Un petit noyau induré sur le bord supérieur du lobe gauche ; un noyau plus volumineux à droite.

URINE trouble, pâle, avec de l'albumine.

Inoculation. — Positive.

8 février 1909. — Mort. Après amaigrissement considérable (pesait 50 kilogs). Les urines étaient purulentes. Œdème des jambes.

OBSERVATION XXXVIII

Tuberculose rénale droite, très discrète. Cathétérisme urétéral.

Néphrectomie lombaire (cas opéré avec des lésions très minimes). — Guérison constatée trois ans après. Inoculation négative.

Mlle R..., 22 ans, envoyée par le Dr Leclerc.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pleurésie à 10 ans. Fluxion de poitrine à 15. Jamais d'hémoptysies.

DÉBUT DE LA MALADIE. — En juillet 1903, légères douleurs à droite, ces douleurs persistent encore. En octobre, la malade remarque que ses urines sont troubles et, depuis cette époque, elles ne se sont jamais éclaircies.

ETAT ACTUEL. — MICTIONS : Le jour, toutes les trois heures ; la nuit, quelquefois deux ou trois mictions, lorsqu'elle ne dort pas. La marche et la voiture n'influent pas.

DOULEURS. — Aucune.

URINES. — Un peu troubles, elles l'ont été beaucoup plus. Au

microscope, leucocytes et hématies en quantité égale. Volume, 1.325 centimètres cubes.

VESSIE. — Capacité vésicale : 250 grammes.

UTÉRUS ET ANNEXES. — Toucher vaginal, non pratiqué (hymen intact).

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche non accessible ; on sent un peu le pôle inférieur du rein droit.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (Mérieux, février 1904).
(Séparation avec le Luys).

	Cultures	Inoculation
Urine totale.....	négatives	positive
Urine gauche.....	négatives	négative
Urine droite.....	négatives	positive

DEUXIÈME EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (août 1904, par le professeur Rodet, de Montpellier) : (urines obtenues par cathétérisme urétéral) :

Inoculation de l'urine totale. — Positive.

Inoculation de l'urine droite. — Positive.

Inoculation de l'urine gauche. — Négative.

EXAMEN CYTOLOGIQUE (professeur Rodet) :

Urine droite : Cellules épithéliales, globules de pus, globules de sang.

Urine gauche : Rares cellules épithéliales, pas de globules de pus, pas d'hématies.

ANALYSE CHIMIQUE :

Urine droite. Albumine : 0 ; urée : 13 gr. 4 par litre.

Urine gauche : Albumine : 0 ; urée : 20 gr. par litre.

20 mai 1905. — Etat général bon. Poids : 55 kilogrammes. La malade a été jusqu'à 55 kilogrammes et a diminué maintenant de 500 grammes.

MICTIONS. — Le jour, normalement ; la nuit, une ou deux. Cuisson pendant les mictions.

URINE (recueillie après lavage externe) : Limpide. Quelques leucocytes et hématies, pas d'albumine. Reins non douloureux.

5 juillet. — Revient consulter, bon appétit. En octobre, la malade prit de la liqueur de Fowler et éprouva des envies d'uriner qui cessèrent après suppression de ce remède. Depuis dix jours, prend de l'arrhénal et le même malaise est revenu.

MICTIONS. — Une fois la nuit en général. Le jour, peut rester de deux à cinq heures sans uriner. Pas de douleurs.

URINES. — Manifestement plus troubles. Leucocytes et hématies. (Ces derniers sont rares).

REINS. — Non accessibles, non douloureux ; quelquefois légère sensation de douleurs, mais plutôt moindre qu'au début de la maladie.

Depuis quelques mois, elle a des malaises vésicaux qu'elle n'avait pas auparavant (c'est-à-dire avant octobre 1905).

2 mars 1906. — Capacité vésicale, 180 grammes. Orifice urétéral droit entouré d'une zone rouge. La gauche est un peu surélevée, en orifice préputial. Cathétérisme urétéral gauche.

Inoculation de l'urine gauche à deux cobayes. — Négatives. (Professeur Rodet).

21 mars 1906. — **NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE DROITE.** La pièce enlevée pèse 90 grammes (femme de petite taille). A la face antérieure du pôle inférieur, deux ou trois granulations confluentes. On en trouve deux ou trois autres en d'autres points, dont la coupe représente très nettement une petite granulation tuberculeuse.

Sur une coupe frontale, le rein paraît sain et il faut une observation attentive pour trouver un tout petit foyer blanchâtre sur une papille.

En multipliant les coupes sur les faces du rein, on arrive à trouver une cavernule de la dimension d'un pois, mais très nette.

Le bassinnet est un peu épaissi, comme œdématié et la muqueuse est granuleuse.

13 mai 1906. — Va bien. A engraisé de 2 kilogs depuis son opération. Cicatrisation incomplète, mais en bonne voie.

17 juillet 1906. — Cicatrisation encore incomplète. Urines limpides avec quelques points blancs en suspension ne renfermant pas d'albumine.

Le 16, a souffert un peu de la vessie.

31 juillet 1906. — Depuis quelques jours, mictions fréquentes.

13 octobre 1906. — Plus de douleurs vésicales. Plaie presque entièrement cicatrisée. Urine sans albumine, renferme encore quelques points blancs.

Février 1907. — Etat général bon.

MICTIONS. — La nuit, 0, 1 ou 2 ; le jour, 4 à 5. Pas de douleur.
Plaie cicatrisée depuis fin janvier.

Rein gauche non perceptible (La malade se plaint de douleurs à ce niveau).

6 août 1907. — Poids : 50 kilogs 500.

Urine limpide, avec très peu de points blancs. La centrifugation donne un culot constitué par quelques globules blancs.

Cultures stériles.

Inoculation. — Négative. Albumine : traces.

17 octobre 1908. — Inoculation négative.

6 avril 1909. — Etat général assez bon. Bon appétit. Poids : 47 kilogs. A un peu maigri.

MICTIONS. — La nuit, 0 ou 1 ; le jour, 4 à 5. Pas de douleurs.
Urine limpide renfermant 0.20 cg. d'albumine par litre ; à la centrifugation, on a un culot renfermant 1 ou 2 globules blancs.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 160 gr.

Inoculation négative.

4 mai 1909. — Pas d'albumine.

OBSERVATION XXXIX

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée trois ans après. Inoculation.

M. G., ecclésiastique, 40 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Plusieurs frères ou sœurs morts bacillaires.

Personnellement otite suppurée en janvier 1904.

DÉBUT DE L'AFFECTION. — Il y a 13 ans, orchite (?) ayant duré 15 jours. Il y a 3 ans, pollakiurie.

ETAT ACTUEL. — MICTIONS. — Le jour, dix ; la nuit, sept à huit.

La voiture ou les voyages en chemin de fer n'influent pas.
La marche améliore son état.

Douleur. — Assez vive, surtout à la fin des mictions. En dehors des mictions, pesanteur des deux côtés dans le bas-ventre.

URINES. — Troubles. Quantité, 1.250 grammes (Cultures stériles, quelques amas de bacilles de Koch.)

HÉMATURIE. — Quelques gouttes de sang à la fin des mictions, depuis quelques mois surtout.

VESSIE. — Capacité vésicale, 80 grammes. Cystoscopie sous-anesthésie. Difficile, car le malade saigne facilement. La région du trigone est sillonnée de vaisseaux rouges. À gauche, au niveau de l'orifice urétéral, petits points jaunâtres.

PROSTATE. — Non augmentée de volume, un peu sensible.

TESTICULE. — Epididyme et cordon : Noyau épидидymaire droit, datant de treize ans.

REINS. — Non perceptibles.

ETAT GÉNÉRAL. — A augmenté de 7 kilogrammes depuis un an.

19 août. — Urine plutôt moins trouble. Mictions six fois la nuit. Part à la campagne.

27 octobre 1903. — Souffre de la région rénale gauche, depuis quatre à cinq mois. Douleur peu intense d'abord, mais plus forte depuis un mois, surtout depuis quatre jours. Cette douleur s'irradie de la vessie, dans le testicule gauche, dans le canal, le membre inférieur et le membre supérieur.

MICTIONS. — Cinq la nuit, le jour toutes les heures et demie.

DOULEUR. — Pendant la miction, mais surtout à la fin.

URINES. — Modérément troubles, pus et sang.

PROSTATE. — Non augmentée de volume, lobe droit peut-être un peu plus gros.

ETAT GÉNÉRAL. — Pesait 68 kilogrammes il y a deux ans, actuellement pèse 71 kilogrammes. Emponpoint assez considérable.

16 novembre 1903. — Cystoscopie. Vessie rouge partout. Dans la région du trigone, la muqueuse est oedématiée, formant des replis. On ne peut voir distinctement l'orifice urétéral, surtout le gauche. De ce côté, ulcération de la grosseur d'une pièce de 0 fr. 50. En un point, on voit comme un enduit pulvérulent recouvrant une ulcération.

Capacité vésicale, 50 grammes.

SÉPARATION DES URINES (Luys). — L'appareil fait saigner le malade. A cause de cet inconvénient, l'urine gauche sort difficilement (le conduit est obstrué par un caillot). Au microscope, l'urine droite donne des hématies en assez grand nombre.

L'urine totale contient des leucocytes et des hématies en assez grand nombre.

21 mars 1903. — M. Rafin hésite à intervenir et se propose d'opérer si la douleur rénale persiste.

22 décembre 1903. — Une seule crise douloureuse à gauche, il y a quinze jours. Il y a huit jours, une crise qui a avorté dès le début.

MICTIONS. — La nuit, sept à huit. Le jour, le matin tous les trois quarts d'heure, le soir toutes les heures et demie.

URINE. — Toujours louche. Se plaint toujours d'une douleur dans l'hypocône gauche.

27 février 1904. — Plus de crises rénales, mais les mictions sont plus fréquentes. La nuit, huit à dix fois. Le jour, toutes les heures.

Un peu de douleur à la fin des mictions.

A pu faire 15 kilomètres sans que les mictions aient augmenté de nombre.

URINES. — Troubles, pas mal d'albumine.

1^{er} mars. — Urines presque normales.

5 avril. — Urines plus sanglantes. Hématurie nettement terminale.

17 décembre. — Etat général excellent. Un peu de douleur surtout à gauche, de temps en temps. Depuis trois semaines, mictions plus fréquentes, surtout la nuit. Toujours teinte sanglante de l'urine.

4 juillet 1905. — A éprouvé, ces jours derniers, une violente douleur dans le rein droit, sans irradiation vésicale, ni testiculaire. Mictions, cinq à six la nuit ; toutes les heures, le jour.

ETAT GÉNÉRAL. — Excellent.

7 avril 1906. — Urines très purulentes et sanguinolentes. Crise douloureuse à gauche, avec irradiation dans la vessie.

8 avril. — Cathétérisme urétéral droit (avec anesthésie). Orifice normal.

On est obligé d'attendre près d'une heure pour obtenir 1 centimètre cube d'un jaune ambré. Une des dernières gouttes contient du sang et quelques très rares leucocytes. Le cobaye inoculé avec l'urine droite est mort accidentellement.

Dosage de l'urée.

Urine totale, 16 gr. 21 ; urine droite, 20 gr. 00. Pas de bacilles de Koch. Quelques staphylocoques.

12 avril 1906. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE SOUS-CAPSULAIRE. Pince à demeure.

Pièce, 280 grammes : Rein un peu plus gros que le volume normal, nettement lobulé ; quelques granulations à la surface.

A la coupe le pôle supérieur est presque totalement détruit. On y voit deux grosses cavernes communiquant entre elles. Au pôle inférieur, cavernes plus petites. Bassinet envahi par le tissu graisseux. Cultures avec le pus rénal stériles.

Suites opératoires simples.

20 avril. — Va bien, mais mictions au moins aussi fréquentes qu'auparavant. Urine parfois sanglante, parfois sensiblement plus claire qu'avant l'opération.

1^{er} mai. — Etat général bon. Plaie en voie de cicatrisation. Urine nettement améliorée, encore louche.

Mictions toujours fréquentes, toutes les heures la nuit, parfois plus souvent le jour.

Moins de sang que ces jours derniers.

16 juin 1906. — Urine encore trouble. Cicatrisation presque complète. Etat général bon. La pollakiurie persiste.

20 août 1906. — Plaie cicatrisée. Etat général bon. Mictions toutes les heures. Douleur dans le côté droit, s'irradiant au testicule.

16 juillet 1907. — Poids : 68 kilogrammes. Appétit diminué.

MICTIONS. — Le jour, toutes les heures, davantage la nuit.

Urine louche, sanguinolente.

Février 1908. — Urine : nombreux globules blancs (culot).

CULTURES. — Staphylocoque.

INOCULATION. — Négative.

14 avril 1908. — Poids : 64 ilogr. 500.

Juillet 1908. — Pollakiurie persistante.

URINE. — Cultures donnent staphylocoque.

15 octobre 1908. — Amélioration considérable.

MICTIONS. — La nuit, 4 à 5 ; le jour, toutes les heures.

Urines peu troubles.

10 janvier 1909. — Va très bien. Urine à peine dépolie, il y a de ce côté un changement absolu. Albumine trace soutenue.

MICTIONS. — Toujours fréquentes, la nuit, 6 à 7 ; le jour, toutes les heures ou heures et demie et même plus souvent.

Il lui est cependant arrivé exceptionnellement, de rester 3 heures.

Etat général excellent.

Il a donc fallu près de 3 ans, pour que la clarification des urines se produise.

22 avril 1909. — Etat resté comme à la dernière visite. Etat général excellent. Poids nu : 72 kilogrammes.

Urine limpide ; albumine, traces infimes. Cultures staphylocoques. Inoculation.

CULOT. — Minime constitué par des globules blancs et de très rares rouges. Un peu d'éventration du côté de la plaie.

TESTICULE GAUCHE. — Néant.

TESTICULE DROIT. — Comme lors du premier examen.

PROSTATE. — Egalement.

MCTIONS. — Un peu d'amélioration surtout la nuit : 5 à 6, la nuit ; le jour, toutes les heures, mais peut attendre une heure et demie.

Les besoins sont moins impérieux.

DOULEUR. — Habituellement nulle, parfois, mais rarement, comme une cuisson ou un resserrement au col.

OBSERVATION XL

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire prédominante, Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée trois ans après. Inoculation négative.

D... Jean-Pierre, cultivateur, envoyé par le D^r Ogier, de La Verpillière.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A l'âge de 12 ans, douleurs vésicales ayant abouti à l'expulsion d'un calcul du volume d'un grain de blé.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En septembre 1905 pollakiurie et douleurs vésicales, pyurie et légères hématuries terminales.

ETAT ACTUEL. — MCTIONS. — Six fois le jour, une fois la nuit (il lui est arrivé de se lever quatre ou cinq fois la nuit).

La marche et la voiture influaient sur les mictions, il y a

trois mois ; actuellement, ces facteurs n'ont aucune influence.

DOULEUR. — Durant les mictions.

URINES. — Louches, ni sucre, ni albumine.

HÉMATURIE. — Point depuis deux mois.

VESSIE. — Capacité vésicale, 300 grammes. Les deux orifices urétéraux sont à peu près identiques, mais du côté gauche existe un état un peu papillomateux qui constitue une présomption en faveur d'une lésion rénale de ce côté.

PROSTATE. — Dimension normale. Deux lobes saillants et durs.

TESTICULE. — EPIDIDYME ET CORDON. — Néant.

REINS. — Il semble qu'on sent un peu le rein gauche. Cathétérisme de l'uretère gauche. La sonde pénètre avec un léger ressaut à 2 centimètres au-dessus de l'orifice vésical. L'urine qui s'écoule contient du pus en quantité assez importante.

Pas de rétention rénale au pyélitique.

URINE DROITE. — Limpide, ne renfermant ni albumine, ni globules de pus, mais seulement quelques hématies.

ANALYSE CHIMIQUE (Fâysse).

		Urine totale	Urine droite
Urée,	par litre.....	15,13	15,94
Phosphates	—	0,46	0,50
Chlorures	—	2,60	3,60

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Fâysse).

	URINE TOTALE	URINE DROITE	URINE GAUCHE
EXAMEN DIRECT	Néant	Bac. de Koch	Bac. de Koch
Culture	Stap. et coli-bac.	Stérile	Stérile
Inoculation....	Positive	Négative	Positive

ETAT GÉNÉRAL. — Bon. Poids : 55 kg 500. Cœur et poumons 0.

10 avril 1906. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE.

Granulations tuberculeuses disséminées sur la surface de l'organe.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Poids : 160 grammes. Légèrement augmentée de volume. Les granulations de la surface sont disséminées irrégulièrement, cependant on trouve un amas confluent sur la face antérieure et près du hile.

Pôle supérieur plus développé avec deux saillies particulièrement plus développées l'une près du hile de la grandeur d'une pièce de 1 franc, l'autre voisine du bord convexe.

COUPE. — Caverne de la dimension d'une grosse noisette, plus développée aux dépens de la face antérieure du pôle supérieur. Près de l'extrémité supérieure, tache granuleusée de la grosseur d'un poids, en voie de ramollissement.

Pas d'autre lésion apparente du parenchyme rénal. Bassinet dilaté.

4 mai. — Etat de la plaie excellent. A deux reprises, il y a quinze jours, et, actuellement, poussée fébrile s'accompagnant d'un peu d'angine et de courbature.

9 mai. — Urines presque limpides.

MICTIONS. — Point ou une la nuit, trois ou quatre le jour. Ne souffre pas en urinant.

2 août 1907. — Plaie cicatrisée depuis un an. Etat général excellent. Poids : 55 kilogrammes. Cicatrice bonne.

MICTIONS. — La nuit, 0 ; le jour, normale.

URINE. — A la centrifugation, on a eu un culot ne renfermant pas de globules blancs ; une hématie. Cultures stériles.

Inoculation — Négative.

5 février 1909. — Urine parfaite, sans albumine, ni globules rouges ; 1 ou 2 globules de pus.

Etat général excellent. Poids : 55 kg 500.

15 avril 1909. — Etat général excellent. Poids : 54 kilogrammes. Travaille beaucoup, porte des fardeaux pesant 120 kilogrammes.

MICTIONS. — Le jour, 6 ; la nuit, 0. Pas de dysurie.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 380 grammes.

Urine limpide, sans albumine.

Cytologie. — Globules blancs assez nombreux, dont quelques-uns en amas.

Cultures. — Staphylocoques.

Inoculation négative.

OBSERVATION XLI

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Lésions du côté de la prostate. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Amélioration de l'état général. Même état vésical. Lésions bilatérales préexistantes à l'opération.

G. D..., 45 ans, employé de commerce, envoyé par le docteur Courbis (de Valence), entre à l'hôpital Saint-Joseph le 5 mai 1906, salle Saint-Pierre n° 13.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES OU COLLATÉRAUX. — Rien d'important à signaler. Une sœur du malade cependant, souffrirait de la vessie; un frère aurait eu une pleurésie. Veuf, pas d'enfant de la première femme. De la deuxième, une petite fille bien portante.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Bonne santé habituelle. N'a jamais eu d'affection pleuro-pulmonaire, jamais de fièvre, ni d'abcès. Pas d'éthylisme.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Du côté des organes génito-urinaires, coliques néphrétiques: néant. — N'a jamais uriné de sable ou de graviers. Pas de blennorrhagie antérieure.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Au mois de mars 1905, le malade ressentit des picotements pendant la miction, picotements qui durèrent une huitaine de jours, pour disparaître spontanément. Ces phénomènes douloureux reparurent en décembre de la même année, mais d'une façon un peu plus intense, s'accompagnant en outre d'une fréquence plus grande des mictions qui en étaient arrivées à se succéder toutes les demi-heures; et d'une légère hématurie sous forme d'une goutte de sang survenant à la fin de la miction. Le sang se montre ainsi pendant tout le mois de janvier, puis devient un peu plus abondant, au point de colorer les dernières gouttes d'urine. Le malade n'a jamais éprouvé de phénomènes ayant attiré son attention du côté des reins.

A l'entrée on constate l'état suivant :

MICTIIONS. — Toutes les heures, soit le jour, soit la nuit, le nombre des mictions est influencé par la station debout, mais non par la marche, la voiture ou les mouvements brusques. Elles s'accompagnent d'un peu de douleur.

URINES. — Trouble peu accentué, il s'agit plutôt d'un léger dépoli, qui est dû à des globules blancs, et à quelques globules rouges, ces derniers peu nombreux. Pas de sucre. Albumine en quantité notable.

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux), des urines totales.

Recherche des bacilles de Koch au Ziehl-Hauser: quelques rares bacilles en amas.

Autres micro-organismes: néant.

Cultures { aérobie { Stériles.
 { anaérobie {

Inoculation au cobaye: positive.

URÈTHRE. — Une sonde Nélaton n° 15 passe facilement.

VESSIE. — Capacité: 70 gr.

PROSTATE. — Toucher rectal. — La prostate est un peu grosse. On sent sur le bord supérieur et au milieu, un noyau comme une lentille. Les urines recueillies après massage de la prostate renferment davantage de pus, de globules rouges que l'urine vésicale.

REINS ET URETÈRES. — Le rein gauche est un peu perçu et du même côté le réflexe urétéro-vésical est peut-être plus marqué.

TESTICULES, ÉPIDIDYME ET CORDON. — Néant.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Bon. Poids: 66 kil. 500 gr.

10 Mai 1906. — CYSTOCOPIE. — La région urétérale droite apparaît parfaitement saine. L'uretère gauche au contraire, est déprimé, et en dehors de lui, on trouve une surface exulcérée, granuleuse, recouverte d'un peu de pus.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL DROIT. — L'anesthésie est indiquée par la faible capacité vésicale qui s'accompagne d'une violente réaction du muscle vésical; sous cette influence, la capacité atteint 160 gr. En même temps, injection d'un litre de sérum. L'urine s'écoule d'abord très lentement, puis devient plus abondante, les premières gouttes sont jaunes ambrées, mais le malade ayant fait un effort, l'urine devient sanglante et le reste jusqu'à la fin de la séance. Au microscope, on constate la présence du sang, mais il n'y a pas de pus. Prise pour inoculation après 8 à 10 gr. d'écoulement.

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE DE L'URINE DROITE (Faysse):

Pas de bacille de Koch (Ziehl-Hauser).

Pas de microorganisme.

Cultures: stériles.

Inoculation au cobaye: positive.

ANALYSE CHIMIQUE :

	Urines totales	Urine droite
Urée.....	19 gr. 21 par litre	21 gr. 62 par litre
Phosphates	5 gr. »	5 gr. 50 »
Clorures.	2 gr. 60 »	3 gr. »

12 Mai 1906. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé pèse 192 gr. On n'a pas trouvé de lésions de périnéphrite. A sa surface, il présente des granulations disséminées et qui ne sont nulle part plus particulièrement abondantes. A la coupe, les lésions sont diffuses; il n'y a pas une seule pyramide indemne, et l'on trouve tous les degrés de l'évolution tuberculeuse depuis la granulation jusqu'à la caverne: les granulations paraissent surtout abondantes au pôle inférieur; les cavernes se localisent davantage au pôle supérieur. On sent par la plaie lombaire l'uretère qui forme un gros cordon induré. Rein sans valeur apparente.

22 Mai 1906. — SUITES NORMALES. — Mais il y a un peu de rétention au niveau de la plaie opératoire qui fait monter la température à 40°2; on fait sauter les fils de suture pour faciliter le drainage.

26 Mai. — Température revient à la normale. Miction toutes les demi-heures. Urines troubles.

13 Juin. — Va bien. Plaie en bon état, quoique incomplètement guérie. Urines troubles. Mictions: toutes les heures le jour, toutes les demi-heures la nuit. Douleur légère à la miction. Bon appétit. Poids: 60 kilos. Quitte l'hôpital.

22 Janvier 1907. — Huit mois après l'opération. — Etat général excellent, forces bien revenues, bon appétit. Poids: 71 kilos. Mictions: le jour, toutes les heures et demie; la nuit (se couche à 9 heures), d'abord toutes les deux heures, puis toutes les heures et demie, puis toutes les heures.

Urines encore troubles: albumine en quantité notable; au microscope, leucocytes et hématies. La plaie n'est pas complètement cicatrisée.

18 Juillet 1907. — Etat général bon, très satisfaisant. Poids: 71 kil. 500. Plaie incomplètement cicatrisée.

Urine: louche; albumine en quantité modérée.

Testicule: 0. Prostate: lobe droit normal, lobe gauche présente un noyau dur. Le massage de la prostate ramène une cuillerée d'urine sanglante, mais qui, à l'examen microscopique ne renferme pas de pus.

Pas de réflexe urétéro-vésical appréciable d'aucun côté.

19 octobre 1907. — Etat général excellent. Poids : 76 kil. 350.

Du côté de la plaie, il ne persiste qu'une légère ulcération en coup d'ongle ; à la partie inférieure de la cicatrice, on voit une petite plaque d'eczéma.

Urine louche. Présence nette de l'albumine.

Mictions : nuit et jour, toutes les heures, légèrement douloureuse.

10 Mars 1908. — Etat général excellent, bonne mine, bon appétit. La plaie est cicatrisée depuis le 15 novembre 1907. Poids : 80 kilos (habillé).

Depuis le 4 février 1908, orchite droite indolente : le malade a simplement constaté que le testicule était dur. Epididyme droit augmenté de volume, bosselé sur toute son étendue. Canal déférent, peu ou pas augmenté.

La prostate se dessine mal ; la vésicule séminale droite forme un cordon induré. Rien à gauche.

8 Août 1908. — Etat général excellent. Poids : 75 kil. 600.

Mictions-toutes les heures. Urines troubles, avec une grande quantité d'albumine.

Même état des voies génitales inférieures.

Bonne cicatrice.

25 Mars 1909. — Vient parce qu'il a des mictions plus fréquentes.

Mictions depuis un mois, urine la nuit tous les quarts-d'heure, le jour reste trois quarts d'heure à une heure.

Douleur, la nuit surtout, et alors il y a un peu de sang.

Etat général assez bon, a maigri, en août 1908, pesant 75 kilos et maintenant 71 kilos.

Urine modérément trouble, très légère teinte hématurique. Albumine en quantité très modérée.

Testicule droit : l'épididymite a rétrogradé.

Testicule gauche : petite induration limitée à la tête et qui existait déjà.

Prostate : lobe droit, néant ; lobe gauche est un peu gros et induré.

Vésicules séminales : 0.

Canaux déférents, non augmentés de volume.

Rein droit, non douloureux, mais perceptible.

L'inoculation n'a pas été faite, la lésion étant bilatérale.

OBSERVATION XLII

Tuberculose rénale gauche. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Trois ans après, inoculation négative.

Eugène F., 40 ans, jardinier, entre le 24 mars 1906, Salle Saint-Pierre, n° 13.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET PERSONNELS. — Rien à signaler au point de vue familial. Personnellement, aurait eu deux fluxions de poitrine en bas âge, et une pleurésie gauche à l'âge 22 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Une blennorragie à 20 ans, ayant duré trois semaines.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a onze mois, par pollakiurie, dysurie légère, urines troubles et douleurs hypogastriques. Un mois après, le malade constate un matin, à son lever, que ses urines de la nuit ont une teinte hématurique. Depuis lors, à des intervalles de huit à quinze jours, il existe des périodes pendant lesquelles les mictions sont suivies d'une légère hématurie. Sur le conseil de son médecin, le malade s'est mis à se faire deux fois par jour des lavages vésicaux boriqués qu'il a ensuite abandonnés. Il y a deux mois, violents phénomènes de cystite, en même temps que violentes crises rénales à gauche. A ce moment, miction tous les quarts-d'heure. Depuis, la situation du malade s'est un peu améliorée.

Etat actuel:

MICTIONS. — Le jour, six à sept; la nuit, deux ou trois. S'accompagnent d'une légère sensation de cuisson.

URINES. — Trouble, sans odeur, réaction acide, disque d'albumine très net.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Pas de bacille de Koch à l'examen direct; quelques rares cocci; les cultures poussent faiblement pour donner quelques colonies de staphylocoques. Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité vésicale = 330 gr.

TOUCHER RECTAL: La prostate est petite, ne présente rien d'anormal.

REINS ET URETERES.— Le rein gauche douloureux à la pression est un peu augmentée de volume. On ne sent pas le rein droit.

TESTICULE ET EPIDIDYME.— Petite induration sur la queue de l'épididyme droit.

ETAT GÉNÉRAL.— Médiocre. Amaigrissement sensible. Rien au cœur ni aux poumons. Poids = 63 kgr.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL.— Région urétérale gauche présente des lésions assez légères; mais la sonde urétérale enfoncée bute et ne pénètre plus.

1^o CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL DROIT.— La zone urétérale est indemne. On obtient assez rapidement (en 30'), 20 cc d'urine, renfermant après centrifugation, des globules de pus, dont quelques unes en amas. Pas d'albumine.

Le liquide recueilli dans la vessie pendant cette même demi-heure, est absolument incolore, et à l'examen direct, *sans centrifugation*, présente de nombreux globules.

Une deuxième prise après un écoulement de 30 gr. centrifugée, contient d'assez nombreux globules rouges, et peut-être quelques leucocytes.

A la suite de ce premier examen, il reste quelque doute sur l'uni ou la bilatralité des lésions, avec rein gauche en voie d'occlusion, le rein droit faisant la suppléance fonctionnelle. Mais on remet toute conclusion ferme à la suite d'un autre examen.

2^o CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL DROIT. — La première prise de 5 gr. centrifugée contient de rarissimes globules de pus. Une préparation avec deuxième prise de 30 gr., montre sans centrifugation quelques globules rouges, mais une absence complète de leucocyte. Dans la troisième prise de 5 gr. centrifugée, on trouve d'assez nombreux globules rouges. L'urine est limpide, très abondante, il y a polyurie (en tenir compte pour l'appréciation de l'analyse chimique), un peu ambrée.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DE L'URINE DROITE (Faysse).

Examen direct: néant.

Cultures: stériles.

Inoculation négative.

EXAMEN CHIMIQUE DES URINES:

	Urine Totale	Urine Droite
Urée.....	11 gr. 08 par litre	8 gr. 91 par litre
Phosphates.....	0 gr. 75 —	1 gr. 8 —
Chlorures.....	2 gr. 08 —	3 gr. 02 —

9 Mai 1906.— NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE: 2077 P. 101

L'organe enlevé pèse 130 gr. Suites simples.

21 Juillet 1906.— Le malade vient à la consultation. Plaie incomplètement cicatrisée. Urines claires, ne renfermant pas d'albumine. Mictions: dix le jour; la nuit: quatre. Etat général amélioré. Il persiste un peu de douleur dans la fosse iliaque gauche.

Six mois après l'opération, cicatrisation complète.

25 Juillet 1907.— Bon état général. Plaie complètement cicatrisée six mois après l'opération. Deux mictions la nuit. Urine parfaite, limpide, sans albumine. Poids = 65 kg. douleurs dans la région rénale droite; un peu de dysurie. Rien à la prostate, ni aux testicules.

9 Janvier 1908.— Etat général stationnaire. Poids = 54 kg. 500 gr. mictions sensiblement plus fréquentes qu'au dernier examen; la nuit, cinq, six; le jour dix. Dysurie plus forte. Urine jaune ambrée, dépolie, traces d'albumine. Inoculation négative. Nombreux globules blancs déformés. Cultures stériles.

En octobre dernier, aurait quelques hématuries terminales.

Depuis huit jours, complication testiculaire: on constate que l'épididyme gauche est fortement augmenté de volume.

Toucher rectal: néant.

26 Mars 1909. — Le malade a été vu en septembre 1908 par le docteur Gauthier (de Lyon), qui nous donne les renseignements suivants: Etat général assez bon; rien aux poumons, urines tantôt complètement claires (pas de leucocytes), tantôt louches, jamais vraiment purulentes, renfermant de temps en temps quelques caillots. Douleur provoquée dans la fosse iliaque gauche sur le trajet de l'uretère gauche. Rein droit, ni perceptible, ni douloureux. Vessie: capacité = 150 gr.

Au cystoscope: groupe d'ulcérations autour de l'uretère gauche; uretère droit non cathétérisé, la preuve étant à peu près faite (urine claire par moment), qu'il n'y avait pas d'inflammation de ce côté.

Quantité d'urine en vingt-quatre heures = 1,000 à 1,200 cc.

« J'ai eu la conviction à ce moment-là qu'il s'agissait d'urétérite ayant résisté à la néphrectomie. »

8 Avril 1909. — Etat général médiocre: le malade présente des troubles dyspeptiques avec hyperacidité empêchant toute alimentation.

Mictions : la nuit, deux : le jour six à neuf. Plus de douleurs depuis un mois.

Prostates et Testicules : néant.

Urines : modérément louches, le culot renferme quelques rares globules blancs. Albumine = traces douteuses.

Cultures : staphylocoques (urines non recueillies à la sonde).

Inoculation négative.

OBSERVATION XLIII

Tuberculose rénale droite à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. — Guérison constatée un an et trois mois après. Inoculation négative.

F. M..., charron, 28 ans, salle St-Irénée, n° 1, envoyé par le docteur Thévenon, de Saint-Chamond, entre dans le service, le 25 juillet 1906.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES, CONSANGUINS ET PERSONNELS. —

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Personnellement, le malade a toujours eu une santé médiocre : fièvre typhoïde à 22 ans ; bronchites assez fréquentes ; pleurésie douteuse.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Du côté des organes génito-urinaires, le malade a eu une orchite droite il y a quatre ans, à la suite d'un traumatisme, orchite qui aurait duré un mois et a nécessité une castration unilatérale. Pas de blennorragie. Pas d'émission de sables ou graviers dans les urines.

AFFECTION ACTUELLE. — Début en 1896, sans cause appréciable, par des douleurs dans le côté droit, survenant d'une façon intermittente, à des intervalles variables, quelquefois même accalmie d'une durée de six mois, les douleurs affectent le type de coliques néphrétiques, mais ne s'accompagnent pas d'hématurie. Elles augmentèrent peu à peu d'intensité. Il y a quatre ans, c'est-à-dire en 1902, les urines deviennent troubles par périodes, sans que ces périodes semblent avoir de relation avec les crises doulou-

reuses. Depuis 1904, les urines sont troubles d'une façon permanente.

Etat actuel:

MICTION. — Non douloureuse. Se produit quatre à cinq fois par jour, une fois la nuit.

URINE. — Trouble, nettement purulente.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Fayssé):

Pas de bacille de Koch (Ziehl-Hauser);

Pas d'autre microorganisme.

Culture stérile.

Inoculation au cobaye : négative.

VESSIE. — Capacité vésicale dépasse 200 gr.

PROSTATE. — Toucher rectal: prostate non hypertrophiée, vésicules séminales non senties.

REINS. — Le rein gauche n'est pas perçu. Le rein droit est très volumineux: il constitue une tuméfaction atteignant transversalement la ligne médiane, et dont le pôle inférieur descend à la hauteur de l'ombilic. La palpation à ce niveau est un peu douloureuse.

TESTICULES ET EPIDIDYME. — Testicule droit absent (castration antérieure) Testicule gauche normal.

ETAT GÉNÉRAL. — L'état général est médiocre, le malade est fortement anémié: l'examen numérique des globules du sang (Fayssé) donne les résultats suivants: globules rouges: 2.821.000; globules blancs: 7.750.

Aux poumons, submatité en arrière, au niveau des deux sommets; respiration un peu rude au sommet droit, avec expiration prolongée. Rien au cœur. Poids = 58 kg.

CYSTOSCOPIE. — Orifice urétéral gauche normal; l'orifice urétéral droit est masqué par des masses purulentes vermiformes; mais la muqueuse vésicale paraît saine.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Du côté gauche, l'écoulement est normal; la prise pour inoculation a été faite après 18 gr. d'écoulement. On a dû s'arrêter, le malade ayant eu une érection qui l'a fait saigner. La première prise de 10 gr. ne montre après centrifugation que des globules rouges en nombre modéré, et par-ci, par-là, un globule blanc. Dans la dernière prise centrifugée (cette prise est sanglante), on trouve un culot formé de nombreux globules rouges et de globules blancs en quantité

supérieure à celle du sang normal; en effet, on en trouve dans un champ du microscope, tantôt deux ou trois, tantôt cinq ou six, et quelquefois, mais exceptionnellement, dix à douze. Ce nombre inusité de globules blancs se rattache à la leucocytose que nous montre l'examen du sang.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Faysse):

	Urines Totales	Urine Gauche
Urée.....	41 gr. 62 par litre	11 gr. 62
Phosphates.....	0 gr. 80 —	1 gr. 5
Chlorures.....	2 gr. 4 —	3 gr. 2

Inoculation au cobaye de l'urine gauche: négative.

1^{er} Août 1906. INTERVENTION.

NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Le volume du rein et les lésions intenses de périnéphrite ne permettent pas de pratiquer une néphrectomie extra-capsulaire comme on en avait l'intention.

L'organe enlevé pèse 210 gr., mesure 15 cm de haut sur 10 de large. La surface est extrêmement bosselée. A la coupe, on constate qu'il s'agit de lésions caverneuses, extrêmement avancées: tout le tissu rénal est transformé en poches dont les parois ont une épaisseur de 0,005 millimètres et remplies de pus. Le bassinnet est transformé en un tissu fibreux, excessivement ligneux. La sclérose du pédicule ne permet pas de lier les vaisseaux qui doivent être atrophiés, on laisse donc deux pinces à demeure pendant vingt-quatre heures.

15 Août. — Suites opératoires bonnes. Plaie en bon état. Pas de température. Urines encore troubles.

23 Août. — Les urines sont devenues parfaitement claires, ne renfermant pas d'albumine.

23 Août 1906. — Plaie incomplètement fermée, mais en bon état. Urines limpides, sans albumine. Pas de douleur à la Miction.

31 Octobre 1907. — Le malade revient se montrer.

Mictions: la nuit, 0 ou 4; le jour, 2 ou 3.

Urine: absolument limpide, avec des traces d'albumine. A l'examen microscopique, on ne trouve ni globules blancs, ni globules rouges, seulement quelques globules épithéliales.

Cultures: stériles. INOCULATION AU COBAYE NÉGATIVE.

Après massage de la prostate, l'urine renferme de nombreux

globules blancs, mais son inoculation est négative; la prostate elle-même se dessine mal, mais ne présente pas de bosselures.

Rein gauche non perçu. Testicule gauche normal.

La plaie est cicatrisée complètement depuis le mois de janvier 1907, bonne cicatrice. L'appétit est bon; le malade dit travailler comme autrefois. Poids=64 kg. 400.

L'anémie persiste cependant à un faible degré; l'examen du sang donne:

Globules rouges: 4.309.000; globules blancs: 6.300.

Rate non hypertrophiée.

OBSERVATION XLIV.

Tuberculose rénale gauche à forme caverneuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison deux ans et sept mois après l'opération. Inoculation négative.

Mlle Anaïs B. . . , 35 ans, envoyée par le docteur Avril, de Saint-Jean-de-Soleymieux, entre le 28 août 1906, à Saint-Joseph, salle Saint-Anne, n° 4.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES OU PERSONNELS. — Rien à signaler, sauf une bronchite dans l'enfance.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Sans cause apparente, au mois de décembre 1904 par pollakiurie, s'accompagnant bientôt de douleurs lombaires, sans localisation prédominante d'un côté ou de l'autre, et calmées par le décubitus dorsal. En novembre 1905, les douleurs se localisent à l'abdomen. En mars 1906, crise de coliques néphrétiques, du côté gauche, crise qui dura trois jours. Un médecin consulté prescrit des instillations de gaiacol et d'iodoforme, que la malade s'est faite elle-même, d'une façon quotidienne, du 20 juillet jusqu'au jour de son entrée. Depuis quelque temps, ont apparû de légères hématuries.

Etat actuel:

MICTIIONS. — Se produisant toutes les deux heures jour et nuit. La fin de la miction est douloureuse et s'accompagne d'hématurie.

URINES. — Fortement purulentes. Centrifugées, renferment quelques-bacilles de Koch.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux). — A l'examen direct, cultures restent stériles. Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 140 gr.

REINS ET URETÈRES. — On sent un peu le rein gauche ; le rein droit n'est pas perçu.

TOUCHER VAGINAL. — Néant.

ETAT GÉNÉRAL. — Passable. Cœur et poumons, rien à signaler. Poids : 48 kilos.

29 Août 1906. — CYSTOSCOPIE. — La muqueuse vésicale est tuméfiée, plissée. L'orifice urétéral droit est normal. A gauche, au contraire, les lésions sont très marquées ; l'orifice urétéral est déprimé en insundibulum.

CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL DROIT. — L'urine obtenue est normale, jaune ambrée, limpide ; au microscope, la première prise renferme quelques leucocytes, dont un ou deux amas, sans doute cueillis par la sonde au passage dans la vessie ; la cathétérisme ayant été long à faire. La deuxième et la troisième prise renferment du sang, mais peu ou pas leucocytes, c'est-à-dire que sur un champ parsemé d'hématies, on voit 0 ou 1 globule blanc.

L'inoculation faite au cobaye avec la cinquième prise est négative.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Fayssé) :

	Urine totale	Urine droite
Urée	18 gr. 10 par litre	11 gr. 21 par litre
Phosphates .	1 gr. 20 »	3 gr. 50 »
Chlorures...	2 gr. 12 »	2 gr. 80 »

18 Octobre 1906. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé pèse 195 gr. A la coupe, il présente au niveau de son tiers moyen une caverne mesurant environ cinq centimètres de haut, et occupant toute la largeur du rein ; les deux pôles paraissent sains.

2 Novembre 1906. — Suites simples. Pas de température. La plaie se ferme ; on enlève les fils. Urines assez claires. Bon état général.

7 Novembre 1906. — Urines louches et légèrement sanguinolentes ; la malade quitte l'hôpital.

1^{er} Novembre 1907. (Lettre du docteur Avril). — Plaie cic-

trisée depuis le 15 janvier 1907. Etat général très satisfaisant, poids : 50 kil. 600. Mictions : toutes les deux heures jour et nuit ; cuisson urétérale légère à la miction ; il existe une légère hématurie terminale, mais bien moins abondante qu'avant l'intervention. Au microscope, sans centrifugation, l'urine totale renferme de nombreux globules blancs, quelques hématies et de nombreux cristaux d'urate de soude, d'oxalate de chaux. L'inoculation au cobaye est nettement positive.

12 Mai 1908. — Vient se montrer. Etat général excellent. Mictions : la nuit, quatre ; le jour, toutes les deux ou trois heures. Capacité vésicale : 100 gr.

Urine jaune ambrée, à peine dépolie, ne laisse presque rien à désirer, ne renferme pas d'albumine. Pas de bacilles de Koch à l'examen direct après centrifugation ; pas d'autres microorganisme. Inoculation encore positive (mais il est à remarquer que les lésions tuberculeuses présentées par des cobayes sont de moins en moins intenses depuis l'intervention).

Poids : 48 kil. 500. Elle n'a donc pas engraisée, bien que son aspect général soit meilleur, et qu'elle déclare se trouver mieux qu'avant l'opération.

10 Avril 1909. — Urine limpide (non recueillie à la sonde ; mais après lavage vulvaire). Culot : cellules épithéliales et globules blancs en quantité modérée, quelques rares globules rouges pas d'albumine, urine 180 gr. à la fois. Couchée à 10 heures et levée à 7 heures, urine trois ou quatre fois ; le jour, sept à huit mictions. Etat général amélioré.

Inoculation négative.

OBSERVATION XLV

Tuberculose rénale nodulaire à forme hématurique. Cathétérisme urétéral. Néphrotomie gauche exploratrice ; puis néphrectomie. — Guérison constatée deux ans et cinq mois après. Inoculation négative.

Jean-François D..., 28 ans, maréchal-ferrant, salle St-Pierre, n° 9, entre dans le service le 28 août 1906.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX OU SPÉCIAUX. — Marié, pas d'enfants.
Blennorrhagie: néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Au mois de février 1906, le malade reçut deux coups de pied de cheval dans la région lombosacrée. Deux jours après, apparut une hématurie, qui se reproduisit à peu près toutes les semaines, hématurie le plus souvent terminale, parfois totale. En même temps se produisit de pollakiurie qui, à certains moments a atteint un très haut point; les les mictions survenant la nuit douze fois, et le jour tous les quarts-d'heure. Dysmie légère, jamais de douleurs rénales.

Etat actuel:

MICTIONS. — Le jour: toutes les deux ou trois heures. La nuit: trois à six. Un peu de douleur à la fin.

URINES. — Troubles, hématiques, ne renferment pas de bacilles de Koch à l'examen directe. Les cultures poussent faiblement pour donner du staphylocoque. Inoculation positive. En somme polyurie. Quantité en vingt-quatre heures, varie de deux litres trois cents à plus de trois litres.

VESSIE. — Capacité vésicale = 40 gr. L'anesthésie la porte à 100 gr.

REINS ET URETÈRES. — On perçoit le rein gauche qui est assez gros.

PROSTATE, TESTICULE, EPIDIDYME. — Rien à signaler.

POUMONS: 0. CŒUR. — Souffle diastolique à la base. Poids: 60 kg. 500 le 29 avril 1906, 67 kg. le 3 octobre 1906.

10 Octobre 1906. CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME UTÉRAL DROIT. — Avec anesthésie générale.

Peu avant le lavage préalable, l'urine qui était modérément trouble, pâle et présente des décharges purulentes manifestes, notamment pendant une suspension accidentelle du lavage d'une durée de demi-heure. L'orifice urétéral droit se présente sous la forme d'une fente, sans lésions apparentes autour. On fait un début de l'expérience une injection de sérum de 1.500 gr. On obtient l'issue par éjaculation de 3-4 gr. d'urine pâle, paraissant limpide, mais renfermant cependant à l'examen après centrifugation de nombreux globules de pus. Ensuite, la sécrétion se ralentit et après une heure d'attente, on obtient deux prises d'à peine un gr. d'urine normale; jaune ambrée, avec deux-trois leucocytes, ne renfermant pas d'albumine.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Fayssé).

	Urine Totale	Urine Droite
Urée.....	9 gr. 45 par litre	10 gr. 81 par litre.
Phosphates.....	2 gr. 05 —	3 gr. 05 —
Chlorures.....	2 gr. » —	2 gr. 40 —

Inoculation de l'urine droite positive.

13 Octobre 1906. — 1^{re} INTERVENTION : NÉPHROTOMIE LOMBAIRE GAUCHE EXPLORATRICE. — Après incision lombaire et décortication du rein gauche, on constate que cet organe paraît extérieurement sain, sauf un petit point suspect au niveau du hile. A l'incision exploratrice complète, d'un pôle à l'autre on trouve seulement quelques points rouges à la partie supérieure du calice, avec deux îlots blanchâtres douteux. On enlève ces points pour faire une biopsie, et on cautérise les points. La muqueuse du bassinnet paraît œdémateuse et granuleuse douteux. Fermeture du rein et drainage.

L'examen histologique, ainsi que l'inoculation au cobaye est prouvé qu'il s'agissait manifestement de tuberculose.

16 Octobre 1906. — Le malade a une hématurie d'environ 200 gr. de sang pur.

17 Octobre 1906. — Les hématuries se reproduisent de plus en plus menaçantes neuf à cinq heures du soir, on n'hésite pas à pratiquer la néphrectomie d'urgence, d'autant que l'examen histologique a montré la présence de lésions tuberculeuses.

Le poids du rein enlevé = 210 gr.

2 Novembre 1906. — Suites simples. Amélioration notable, tant au point de vue douleur que fréquence des mictions. L'état général s'est aussi amélioré.

6 Novembre. — Exeat. Mictions: le jour, toutes les trois heures; la nuit, deux, trois fois. Urines moins troubles, encore un peu pâle.

5 Décembre. — Plaie complètement cicatrisée. Etat général bon, mais facies un peu pâle. Mictions: le jour, cinq à six; la nuit, cinq à dix.

Urines encore troubles. Poids = 68 kg.

1^{er} Août 1907. — Urines légèrement louches, renfermant un peu d'albumine (probablement un peu de sang). Mictions: la nuit, une à deux; le jour, quatre à six. Poids = 66 kg. 500. Teint un peu pâle (il s'agit d'un aortique).

31 Octobre 1907. — Bon état général. Le malade peut rester quatre ou cinq heures sans uriner, ne souffre plus à la miction. Urines dépolies avec des traces d'albumine. A la centrifugation, on trouve des leucocytes et hématies assez nombreux. Inoculation négative. Poids = 67 kg. Travaille onze heures par jour.

20 Mai 1908. — Etat général bon. Mictions; zéro-un, la nuit; quatre-cinq, le jour.

Pas de douleur, urine limpide, ne renferme pas d'albumine.

14 Janvier 1909. — Revient. Etat général bon, toujours un peu pâle, bon appétit. Mictions: huit en vingt-quatre heures, pèse 2.500 gr. Urines parfaitement limpides, pas d'albumine. Poids = 66 kgr. Cicatrice bonne.

Examen cytologique, quelques hématies et leucocytes (en quantité égale à peu près).

Testicule: néant. Prostate plate, toute petite.

Inoculation négative.

OBSERVATION XLVI

Tuberculose rénale à forme pyonphérotique. Tuberculose génitale. Séparation endovésicale. Nephrectomie lombaire. — Guérison de l'état vésical. Inoculation négative un an et neuf mois après. Se dit très bien deux ans et demi après.

W. N..., employé, 34 ans, consulte pour la première fois M. Rafin le 14 janvier 1895.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire ou personnel.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Première blennorrhagie à 23 ans, non douloureuse, ne s'accompagna pas de cystite. Un an après, nouvelle blennorrhagie, suivie à plusieurs reprises de poussées aiguës, mais toujours indolores.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En mai 1894, se produit une hématurie, avec sensation de cuisson et pollakiurie légère; au bout de deux jours, tout rentre dans l'ordre. Ces phénomènes se reproduisent quinze jours, puis trois semaines, puis un mois.

après. Vers le milieu de juin, le docteur Bangs (de New-York), fit une cystoscopie, et aurait pensé à de la tuberculose.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, deux ; le jour, trois à quatre depuis quinze jours. Le mouvement n'influe pas. Depuis quinze jours, la miction s'accompagne d'un peu de douleur, sous forme d'une sensation de brûlure au bout du canal. Les hématuries étaient uniformes pendant la miction, les dernières gouttes colorées cependant en rouge plus vif.

URINE. — Trouble, non sanglante ; le premier verre est plus trouble que les deux seconds.

URÈTHRE. — En fin juillet, abcès périnéal qui a été incisé ; mais il persiste encore une fistulette donnant issue à une goutte pendant la miction. Un explorateur à boule n° 19 passe en donnant la sensation d'un petit ressaut en avant du sphincter.

VESSIE. — Capacité vésicale : 450 gr.

REINS, URETÈRES. — Non perçus.

TESTICULES ET EPIDIDYMES. — A gauche, léger noyau peu dur, sous la queue de l'épididyme. A droite, sur la queue de l'épididyme, noyau plus dur et plus gros ; sur la partie moyenne, volumineuse induration en masse.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES (docteur Rodet) :

Pas de gonocoque ;

Pas de bacilles de Koch ;

Très nombreux coli-bacilles ;

Inoculation positive.

26 Mars 1895. — On a institué un traitement par des instillations et des lavages nitrates qui améliorent l'état des urines qui s'éclaircissent notablement, et des mictions qui s'espacent.

20 Mai. — On continue le même traitement. L'épididyme droit est le siège d'un gonflement volumineux occupant la queue et surtout la tête qui est fortement bosselée. Un peu d'épanchement dans la vaginale.

25 Septembre. — On a cessé les lavages en juin : les urines sont troubles avec des filaments. Depuis un mois, il s'est formé en avant de la fistule, un petit noyau sur le périnée, et qui est en état de suppuration.

15 Novembre. — Même état. Au toucher rectal, on sent la prostate dont le lobe droit normal est surmonté d'un petit noyau de la grosseur d'un poids, le lobe gauche est plus saillant et plus dur. Etat général bon.

23 Avril 1896. — Etat général bon. Augmentation notable de poids. Urine un peu trouble. Miction : la nuit, zéro ; le jour, trois à quatre. Le noyau de la queue de l'épididyme a les dimensions d'une grosse noisette. Les fitules paraissent moins donner de liquide (ce liquide est composé de pus et d'urine, et ne sort qu'au moment de la miction).

27 Avril 1897. — Même état. Mictions : la nuit, deux ; le jour, quatre à six.

18 Août 1897. — Urine plus trouble renfermant de nombreux globules de pus. Dysurie.

13 Juillet 1906. — S'est marié et à deux enfants bien portants. Mictions : la nuit, une ou deux ; le jour, quatre à six. A éprouvé quelquefois de la difficulté pour uriner, il a même dû se sonder une ou deux fois et a trouvé 100 grammes dans sa vessie. Urine très purulente, sans odeur. Le testicule droit est le siège d'un gros noyau qui a un peu grossi. Le rein droit ne se laisse pas très bien déprimer ; le gauche se perçoit un peu. Pas de douleur à la pression de la vessie, ni des uretères ; pas de réflexe urétéro-vésical. Urine très purulente et légèrement hématique à la fin de l'émission. Capacité vésicale : plus de 340 gr. ; pas de résidu.

6 Août. — Le rein droit est normal ; on sent le rein gauche volumineux sous les fausses côtes.

CYSTOSCOPIE. — L'uretère droit sain ne peut être cathétrisé. L'uretère gauche est recouvert de vermiotes purulents.

SÉPARATION DES URINES (avec l'appareil de Luys). — L'urine gauche est très purulente. A droite, les deux premières prises laissent rapidement déposer un grumeau constitué par du pus ; la troisième, limpide, montre à la centrifugation quelques globules de pus, dont un amas assez important. Inoculation faite avec la dernière prise après 12 à 15 gr. d'écoulement, négative. Il est probable que la première et la deuxième prise ont été souillées par le liquide vésical.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux):

Pas de bacilles de Koch.

Nombreux staphylocoques.

Cultures : Staphylocoques blancs.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssé) :

	Urine totale	Urine droite	Urine gauche
Urée.....	14 gr. 12 par litre	10 gr. 70	9 gr. 18
Phosphates.	3 gr. 05 »	5 gr. 50	2 gr. 80
Clorures...	2 gr. 32 »	5 gr.	1 gr. 85

18 octobre 1906. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — La capsule graisseuse est épaissie, sclérosée et adhérente (périnéphrite). Le rein lui-même est constitué par une poche pyonéphrotique, contenant du pus odorant renfermé dans un tissu très friable que déchirent les manœuvres opératoires. Pédicule gros, induré. L'uretère renferme des débris de pierre, probablement dus à du caséum crétifié: l'un d'eux est plus volumineux (grosueur d'un pois), et probablement uratique en partie. Suites simples.

26 Novembre 1906. — Le malade est parti chez lui. Il écrit qu'il a engraisé de 3 kilos en un mois. Mictions: le jour, une à deux; la nuit, quatre à cinq.

20 juillet 1907. — Plaie fermée depuis le 10 avril 1907. Etat général très bon: a gagné 5 kilos. Urine 500 gr. à la fois, quelquefois avec un peu de cuisson. Urines très améliorées, mais encore un peu louches, avec des traces minimales d'albumine. Testicule: noyau épидидymaire à droite; un peu de vaginalite à droite. Fistule périnéale persiste encore.

9 Janvier 1908. — L'urine renferme de nombreux globules blancs. Inoculation positive.

15 Juillet 1908. — Etat général excellent; bon appétit; poids: 61 kilos.

Mictions: la nuit, zéro; le jour, cinq, non douloureuse. La fistule périnéale ne donne plus. Urine assez louche avec des traces d'albumine, et au microscope, le culot est formé de nombreux cocci en chainettes. L'urine a les caractères de la bactériurie.

Inoculation négative.

La présence de l'albumine doit être rapportée au pus.

L'infection doit être mise sur le compte des voies génito-urinaires inférieures.

31 Mars 1909. — Lettre du malade. Poids: 61 kgr. 650 (augmentation 6 kgr. 150). Etat général très bon. Appétit assez bon.

Mictions: la nuit, 0; le jour cinq à six. Non douloureuse. Est extrêmement satisfait de son état de santé; ses deux enfants vont très bien.

OBSERVATION XLVII.

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — L'urine ne se clarifie pas. Inoculation positive un an et cinq mois après. Mort par tuberculose de l'autre rein. (Il n'y a pas eu d'amélioration post-opératoire comme si les deux reins étant pris).

Madame P..., 36 ans, est envoyée à Saint-Joseph, le 18 octobre 1906, par le docteur Fontanille (de Saint-Etienne).

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Mère morte d'un cancer gastrique, père mort de cardiopathie; deux frère ou sœur morts en bas âge à la suite de convulsions; un frère mort d'affection indéterminée. Personnellement, n'a jamais eu de maladies antérieures; a perdu un enfant, mort de pneumonie; a une fille en bonne santé.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Rien à signaler.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — La malade présente des phénomènes de cystite (pollakiurie et dysurie), dont elle fait remonter le début à huit mois environ, et que les traitements locaux (lavages vésicaux) n'ont pas améliorés. Les urines, d'abord légèrement troubles, le sont devenues de plus en plus, prenant parfois une teinte hématurique.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, toutes les heures et demie; la nuit, cinq ou six. La miction est légèrement douloureuse, surtout lorsqu'elle se fait pendant la station debout.

URINE. — Très trouble, franchement purulente, sans odeur.

Examen bactériologique (Fayssé) : A l'examen direct, on voit un bacille de Koch, cultures stériles. Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité = 70 à 80 gr.

REINS ET URETÈRES. — On sent le pôle inférieur des deux reins, surtout du gauche, qui paraît nettement augmenté de volume. Il semble qu'au toucher, on perçoive l'uretère gauche.

EXAMEN MÉDICAL. — Rien aux poumons. Au cœur, souffle systolique à la pointe. Etat général satisfaisant. Poids = 52 k. 500.

FIÈVRE. — La température rectale dépassant souvent 39° le soir.

24 Octobre 1906. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTERAL. — La muqueuse située en arrière de l'orifice urétéral droit présente un aspect légèrement irrégulier, mais l'orifice lui-même est normal. La zone urétérale gauche est extrêmement irrégulière et infructueuse, évidemment atteinte. On cathétérise l'uretère droit, et l'on obtient des éjaculations très abondantes; la polyurie, constatée au début de l'examen, s'atténue peu à peu, et l'urine devient ensuite plus ambrée. A l'examen microscopique de prises différentes, on voit que les globules de pus, nombreux au début, disparaissent complètement après 50 gr. d'écoulement.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Fayssé):

	Urines Totales	Urine Droite (1 ^{re} prise)	Urine Droite (5 ^e prise)
Urée.....	11 gr. 62 par litre	4 gr. 31	12 gr. 97
Chlorures..	1 gr. 28	0 gr. 46	2 gr. 40
Phosphates	0 gr. 9	0 gr. 30	2 gr. 40

Inoculation des urines droites négative.

2 Novembre 1906. — INTERVENTION : NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé pèse 280 gr. Son aspect extérieur est celui d'un gros rein lobulé, dont la surface est parsemée de nombreuses granulations. La capsule est adhérente. A la coupe, la moitié supérieure du rein est constituée par de grosses cavernes, dont l'une occupe tout le pôle supérieur, renfermant des débris caséux puriformes. La moitié inférieure ne présente que deux ou trois cavernules et des granulations. Uretère volumineux, évidemment envahi.

6 Novembre. — On a enlevé les pinces, une hémorragie assez forte au moment de l'opération ayant nécessité leur mise à demeure. Pouls et température élevé autour de 40°. Mictions toutes les heures.

9 Décembre. — L'état général se relève. Mais la température présente toujours des oscillations. La suppuration persiste du côté de la plaie. Urines troubles, quelquefois hématiques.

23 Décembre. — A un cm. au-dessus de la crête iliaque, sur la ligne d'incision, apparaît un point de suppuration dont l'incision conduit dans une poche purulente, et dont l'évacuation fait baisser la température.

2 Janvier 1907. Exeat.

1^{er} Novembre 1907. — Plaie toujours fistuleuse. Mictions: sept à huit la nuit, quelquefois légèrement douloureuse. Etat général

médiocre: aurait cependant gagné une dizaine de kgr. Phénomènes d'entérite.

5 Mars 1908. — Urines toujours purulentes, non hématiques, inoculation positive. Mictions: la nuit et le jour, sept à huit. Fistule persiste, avec suppuration abondante. Aaurait maigri de de trois kgr. depuis un an. Œdème péri-malléolaire le soir; les urines renferment une grande quantité d'albumine dont la présence ne semble pas suffisamment expliquée par le pus qu'elles renferment.

Fin mars 1908. — Mort.

OBSERVATION XLVIII

Tuberculose rénale gauche fermée à forme pyonéphrotique avec calcification. Cathétérisme urétéral. Etat général médiocre. Néphrectomie lombaire. Mal de Pott ultérieur. — Guérison constatée deux ans et demi après l'opération. Inoculation négative.

Marie B..., 41 ans, ménagère, est adressée à l'hôpital le 26 octobre 1906, par le docteur Roux (d'Heyrieux).

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Personnellement, mariée; sa fille aurait eu des troubles urinaires de nature indéterminée; pas de fausse couche.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Ce début se serait fait il y a cinq ans; la malade présenta de la dysurie avec douleurs à siège vésical. Le médecin consulté constata la présence d'albumine dans les urines, prescrivit le régime lacté, et tout rentra dans l'ordre. Il y a deux mois et demi, brusquement survint un affaiblissement notable avec fièvre, frissons, urines très troubles, et douleurs rénales pendant quelques jours. La malade dut s'aliter. A nouveau le médecin constata l'existence d'albumine; mais ni dysmie, ni pollakiurie. L'état ne s'améliorant pas, la malade entre à l'hôpital.

Etat actuel:

MICTIONS. — La nuit, une; le jour, trois, quatre. Elle s'accompagne d'un peu de douleur à la fin. Pas d'hématurie.

URINE. — Très purulente, renfermant un volumineux disque d'albumine. A l'examen bactériologique (Faysse), ni bacilles de Koch, ni autres microorganismes à l'examen direct; cultures stériles. Inoculation négative.

VESSIE. — Capacité vésicale : 280 gr.

TOUCHER VAGINAL. — Utérus en rétroversion, col un peu allongé et granuleux; le toucher provoque une douleur assez vive dans le cul-de-sac antérieur et dans le cul-de-sac gauche.

REINS. — Rein gauche volumineux, nettement perçu. L'examen radiographique y révèle l'existence d'un petit calcul d'une grosseur de 0,50 cg. environ, visible au-dessous de l'apophyse transverse de la deuxième lombaire (Dr Arcelin). Rein droit non perçu.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre, léger amaigrissement. Poids : 48 kil. 500. Rien au cœur ni aux poumons.

6 novembre 1906. — CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL DROIT. — Lavage prolongé. On garnit avec 260 gr. de liquide. L'orifice urétéral gauche est bouché par un caillot de pus. L'orifice urétéral droit est normal; la sonde est enfoncée de trois centimètres. Après trois grammes d'écoulement, on a de l'urine jaune ambrée, très concentrée, ne renfermant pas d'albumine et dont le culot, après centrifugation, nous apparaît formé de cellules épithéliales, de cristaux uratiques et de très rares hématies.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse). — Ni bacilles de Koch, ni autres microorganismes à l'examen direct; cultures stériles. Inoculation négative.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Faysse) :

	Urine totale	Urine droite
Urée.....	11 gr. 35 par litre	11 gr. 89 par litre
Phosphates.	0 gr. 60 »	3 gr. »
Chlorures...	1 gr. 32 »	2 gr. 40 »

9 Novembre 1906. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Il y a une périnéphrite scléreuse intense; le rein est bosselé, son pôle supérieur est adhérent.

L'organe enlevé est volumineux, pèse 240 gr. Sa surface extérieure bosselée, ne présente pas de granulations, mais est parsemée d'ilôts blanchâtres et fluctuantes, tranchant sur la coloration rouge normale du rein. A la coupe, il présente une série régulière de quatre, cinq poches purulentes occupant presque toute le parenchyme.

On y trouve un fragment calcaire correspondant à l'ombre radiographique.

On inocule au cobaye un fragment de substance rénale et *cette inoculation est positive.*

Suites simples.

11 Novembre 1907. — Etat général bon. Poids : 55 kilos. Mictions : la nuit, zéro à deux ; le jour, quatre à cinq. Urine limpide, sans albumine ; le culot renferme de nombreuses cellules épithéliales, quelques rares globules blancs, et quelques globules rouges plus nombreux. Cultures stériles ; inoculation négative.

La plaie est réduite à une croûte tombant quelquefois pour laisser s'écouler une gouttelette de pus.

20 Octobre 1908. — Urine limpide. — Culot, quelques globules blancs, pas de globules rouges. Elle est revenue se montrer à cause de vives douleurs éprouvées depuis quelques mois dans la région lombaire. On constate la présence d'une gibbosité lombaire des plus nettes. Il s'agit d'un mal de Pott.

24 Avril 1909. — ETAT GÉNÉRAL. — Bon. Poids : 59 kgr.. Bon appétit. La malade est restée immobilisée au lit pendant cinq mois (jusqu'au mois dernier) pour ses lésions pottiques. Pas d'abcès froid. Le mal de Pott semble guéri.

MICTIONS : la nuit, 0 ; le jour, une à deux. Pas de dysurie.

VESSIE. — Capacité : 400 gr.

URINE. — Limpide ; les dernières gouttes cependant renferment quelques points blancs en suspension. La centrifugation donne un culot constitué par des globules blancs, des cellules épithéliales, et probablement quelques bactéries. Cultures : stériles.

Inoculation négative.

OBSERVATION XLIX

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire avec hydronéphrose. Cathétérisme urétéral impossible. Incision lombaire exploratrice droite. Néphrectomie lombaire gauche. — Amélioration passagère de l'état général. Mort un an et sept mois après l'opération par lésions probables du rein droit, vraisemblablement préexistantes.

Joseph Ch., 27 ans, cultivateur, entre à l'hôpital St-Joseph le 4 septembre 1906, salle Saint-Pierre, n° 11.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire. Personnellement, semble avoir eu une pneumonie à l'âge de 20 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Ni lithiase urinaire, ni blennorragie.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a trois ans, à la suite de fatigues, apparut une douleur lombaire du côté gauche, mais non paroxystiques, n'empêchant pas le malade de travailler ; en même temps, pollakiurie, dysurie et pyurie ; pas d'hématurie. Au bout d'un mois, ces phénomènes s'amendèrent, et l'état général s'améliora.

En janvier 1906, les mictions deviennent plus fréquentes et un peu douloureuses, surtout à la fin de la journée. Les douleurs lombaires deviennent intermittentes, s'irradiant de la hanche et à la face postérieure des cuisses. Depuis le mois d'avril, quelques hématuries terminales.

Etat actuel :

MICTIONS. — Fréquence irrégulière ; quelquefois vingt mictions en une heure, surtout à la fin de la journée. S'accompagnent de douleurs vives, terminales. Hématuries terminales sous forme de caillot, ou de sang presque pur.

URINES. — Troubles, franchement purulentes, un peu rosées. Inoculation positive. Cultures stériles.

VESSIE. — Capacité vésicale : 30 grammes.

PROSTATE ET VÉSICULE SÉMINALES. — Prostate petite, avec quelques bosselures sur le lobe droit.

REINS ET URETÈRES. — Rein droit non perçu. Rein gauche nettement augmenté de volume.

TESTICULES. — Rien à signaler.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Médiocre. Poids : 60 kilos.

12 Octobre 1906. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Même avec l'anesthésie qui porte la capacité vésicale à 60, puis à 80 gr., sont rendus impossibles par les hémorragies que provoque l'exploration chez le malade. On se résout à faire une incision exploratrice.

27 Novembre 1906. — INTERVENTION :

1^o INCISION LOMBAIRE EXPLORATRICE DROITE. — L'examen du rein droit, même après décapsulation ne montre aucune lésion ; à la surface. On ne l'incise pas.

2^e NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé pèse 170 gr. Il est très adhérent, surtout par son pôle supérieur à sa capsule graisseuse, dont on le sépare assez difficilement. Il présente extérieurement un aspect bosselé; les granulations gris-jaunâtres siègent sur sa face postérieure; à l'exclusion de la face antérieure, et se partagent en deux îlots. A la coupe, il rappelle l'aspect de la forme hydronéphrotique, c'est-à-dire que le bassin et les calices sont nettement dilatés, quoique d'une façon modérée. Le parenchyme rénal est pâle, les pyramides sont un peu altérées et séparées des colonnes par des travées fibreuses. On trouve deux groupes des granulations en voie de caséification, l'un dans le pôle supérieur, l'autre un peu au-dessous de la partie moyenne. Au niveau de cette partie moyenne, il existe un kyste de la grosseur d'une noisette.

24 Décembre 1906. — Suites simples. Etat général bon. Mictions : la nuit, toutes les quinze ou trente minutes; le jour, toutes les heures. Douleur vésicale pendant la miction. Urine un peu pâle, assez trouble. Emission de quelques gouttes de sang par l'urèthre après la disséction. Plaie : guérie à droite; à gauche, légère suppuration.

22 Janvier 1907. — Etat général : bon; bon appétit; poids : 62 kilos. Mictions : un peu douloureuses; jour et nuit, douze environ (plus nombreuses si le malade est couché). Urine louche. Plaie : suppure encore un peu.

23 Avril 1907. — Plaie non encore fermée à gauche. Un peu d'éventration à droite. Etat général bon, bon appétit, a engraisé de trois kilos. Mictions : toutes les vingt ou trente minutes; mais le malade peut attendre une heure, moins douloureuses. Urines : troubles, sanguinolentes.

14 Avril 1908. — L'état général a baissé. Douleurs lombaires droites. Urines peu troubles, mais renfermant des leucocytes et des globules rouges en plus grand nombre encore. Albumine en quantité notable due à la présence du sang. Inoculation positive.

Juin 1908. — Mort.

OBSERVATION L

Tuberculose rénale droite à forme caverneuse. cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Amélioration très lente. Deux ans et sept mois après, inoculation négative.

Mlle Claudine C..., 34 ans, envoyée par le docteur Minjard (de Panissières) et le docteur Dulac, salle Sainte-Marie, n° 1, est vue le 15 février 1906, pour la première fois par M. Rafin.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien d'important à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Personnellement n'a jamais eu ni bronchite, ni pleurésie, ni affection fébrile. Névralgie faciale en 1903. Menstruation régulière.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y trois ans, par douleurs lombaires intermittentes siégeant dans le côté droit, à caractère aigu, d'une durée de dix à quinze minutes, s'accompagnant d'envie d'uriner. Au bout de quelques mois, cet état s'améliora. Il y a quatorze mois, apparaissent les phénomènes de cystite, douleur soit au commencement, soit à la fin, soit en dehors des mictions. Pollakiurie et hématuries quotidiennes pendant quelque temps.

Etat actuel:

MICTIONS. — Le jour douze à quinze; la nuit, varie de quatre à cinq parfois, quelquefois de huit à dix. La douleur surtout à la fin et après miction.

URINE. — Très purulente, sans odeur, renferment des leucocytes assez nombreux, mais peu d'hématies. Hématuries terminales. Inoculation positive. A l'examen direct, on trouve des bacilles de Koch.

VESSIE. — Capacité = 70 gr.

REINS ET URETÈRES. — La malade a souffert à droite, n'a jamais souffert à gauche. Le rein gauche n'est pas senti. Le droit est mobile au troisième degré. A la palpation urétérale, on trouve le point pelvien, le point para-ombilical, et une fois le point pyélique avec irradiations vésicales.

TOUCHER VAGINAL. — L'hymen conservé ne le permet pas.

ÉTAT GÉNÉRAL. — depuis quelques jours, la malade accuse une diminution des forces et de l'appétit. Poids = 50 kg.

Rien au cœur, ni aux poumons.

17 Février 1906. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL GAUCHE. — L'orifice gauche est normal: la sonde est introduite de trois à quatre cm.; il sort d'abord d'une façon continue, de l'urine pâle et trouble, d'aspect purulent, mais dans laquelle le microscope décèle seulement quelques leucocytes et des débris. Après 4 gr. d'écoulement, l'urine devient jaune ambrée; puis elle est sanglante avec de rares leucocytes. On voit des globules rouges en quantité notable, mais peu ou pas de leucocytes. Pendant le lavage préalable, on n'a pas pu clarifier le milieu vésical et le liquide recueilli dans la vessie pendant le cathétérisme urétéral est rendu excessivement purulente par les décharges du rein droit qui augmentent par la pression sur ce rein.

La première prise d'urine du rein gauche centrifugée ne montre pas d'hématie. Elle contient un peu d'albumine.

L'examen direct (Mérieux) de la deuxième prise de l'urine gauche aurait montré l'existence de bacilles de Koch. Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Mérieux). —

	Urine Totale	Urine Gauche
Urée.....	21 gr. 30	47 gr. 32
Chlorures.....	5 gr. 26	3 gr. 51
Phosphates.....	0 gr. 52	1 gr. 50
Albumine.....	4 gr. 80	

La forte teneur en urée de l'urine gauche s'explique par l'oligurie et sa concentration au moment de l'examen.

28 Novembre 1906.-- NOUVEAU CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL GAUCHE.-- La vessie est vite clarifiée: l'orifice urétéral droit se présente sous la forme d'un pertuis entouré de plis radiés; l'orifice gauche est linéaire, normal. La première prise, de trois gr. centrifugée montre un tout petit culot formé de nombreuses cellules épithéliales et de un ou deux leucocytes, pas d'albumine. On conclut à l'intégrité du rein gauche, cette seconde épreuve avait été jugée nécessaire, la première ayant laissé dans le doute, la cause de la purulence considérable du milieu vésical. Cette fois on considère comme inutile une inoculation.

4 Décembre 1906.-- INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-

CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé est fortement bosselé. A la coupe, il est parsemé de cavernes de dimensions variables, mais généralement petites, d'infarctus tuberculeux et de granulations entourées de travées fibreuses, en somme lésions très avancées à type caverneux et scléreux.

20 Décembre 1906. — Suites très simples. Excellent état général et local. Les huit premiers jours après l'opération, les phénomènes vésicaux avaient complètement disparu. Mais ensuite la dysmie et la pollakiurie se sont montrés comme auparavant; les mictions se produisent à peu près toutes les demi-heures. Urine trouble légèrement hématique.

14 Janvier 1907. — Exeat. Plaie presque complètement cicatrisée. On sent le pôle inférieur du rein gauche. On a fait quelques instillations de goménol sans résultat.

5 Novembre 1907. — Poids = 57 kg. 500. Les troubles vésicaux sont toujours intenses: au niveau de la plaie, il s'est produit une petite fistule.

28 Avril 1908. — Etat bien amélioré. Plaie complètement fermée. Dysurie moins vive. Pollakiurie persiste. Urines peu troubles.

10 Avril 1909. — Urine (non recueillie à la sonde, mais après lavage vulvaire): limpide, renfermant un peu d'albumine; dans le culot, on trouve quelques cellules épithéliales, quelques globules blancs (en petit nombre), quelques globules rouges.

Mictions fréquentes: tous les trois-quarts d'heure ou toutes les heures, plus souvent s'il fait froid: tous les quarts d'heure (ce qui est en opposition avec la limpidité de l'urine). N'urine pas plus de 50 gr. à la fois. La dysurie est moins intense que l'année dernière, elle n'a plus les crises qui l'obligeaient à uriner toutes les trois ou quatre minutes.

Etat général: toujours très forte, bon appétit. Poids = 58 kgr. 400. c'est-à-dire revient à son état normal.

En somme légère amélioration. (Renseignements donnés par lettre).

Inoculation négative.

OBSERVATION LI

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétral. Néphrectomie lombaire compliquée d'une légère poussée pleurétique gauche. — Guérison (inoculation négative) constatée deux ans et trois mois après l'intervention.

Mlle Lucie P..., 28 ans, entre dans le service, salle Sainte-Marie n° 6, le 17 décembre 1906, envoyée par le docteur Ogier.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Père mort d'affection pulmonaire, probablement bronchite et emphysème. Mère morte en couches. Une sœur morte de péritonite. Deux frère ou sœur vivants et bien portant.

Personnellement, a eu il y a un an une pleurésie droite soignée à l'Hôtel-Dieu, où on lui aurait fait des pointes de feu.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Rien à signaler.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle a débuté il y a quatre ans par de la pâleur, de l'anémie, des douleurs lombaires ; à ce moment, on trouve de l'albumine dans les urines. Le régime lacté prescrit amena une amélioration. Il y a un an, survint de la douleur en urinant, c'est à ce moment que la malade contracta la pleurésie sus-indiquée, et le docteur Pic, dans le service duquel elle était traitée, aurait parlé à ce moment de néphrite bacillaire. Peu après la malade eût une angine, et le même jour survint une hématurie qui dura deux jours. Le rein gauche, alors examiné, fut trouvé gros. La malade quitte l'hôpital et va à la campagne où le docteur Ogier constate les douleurs lombaires, la cystite et parle d'intervention.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, dix ; la nuit, quinze. La miction s'accompagne de douleur.

URINES. — Légèrement troubles, renfermant un gros disque d'albumine. Hématurie survenant à l'occasion de la marche ou des fatigues. Cultures stériles ; inoculation positive. Pas de bacilles de Koch à l'examen direct.

VESSIE. — Capacité : 60 gr.

TOUCHER VAGINAL. — Le cul-de-sac gauche est légèrement douloureux.

REINS ET URETÈRES. — Rein droit non perçu. Rein gauche à peine perceptible, mais légèrement douloureux. Pas de réflexe pyélo-vésical.

ETAT GÉNÉRAL. — Malade grasse; appétit conservé; digestion un peu pénible. Poids: 57 kilos. Rien au cœur. Aux poumons: sommet droit un peu suspect.

19 Décembre 1906. — CYSTOSCOPIE, CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La vessie est garnie à 60 gr. Orifice urétéral droit normal, mais présente un aspect sombre un peu pigmenté. Orifice gauche est suspect, la zone qui l'entoure est tomenteuse. On cathétérise facilement l'orifice droit et après écoulement de trois grammes, on recueille deux grammes d'urine limpide, ne renfermant pas de leucocytes, même après centrifugation. Après huit grammes d'écoulement, une nouvelle prise montre trois ou quatre hématies et un amas composé de très nombreux cristaux d'acide urique et d'oxalates, et de quelques rares formes qui sont probablement des leucocytes. On trouve un peu d'albumine dans l'urine droite séparée du culot. Inoculation de l'urine droite positive.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Fayssé):

	Urines totales	Urine droite
Urée.....	9 gr. 48 par litre	10 gr. 20 par litre
Phosphates..	2 gr. 30 »	2 gr. 52 »
Chlorures....	3 gr. 45 »	4 gr. »
Albumine....	0 gr. 75 »	Traces impondérables.

29 Décembre 1906. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé pèse 195 gr. vidé de son contenu purulent. Il reste très peu de substance rénale; les lésions consistant en une infinité de cavernes, abondantes surtout au niveau du pôle supérieur qui était très adhérent.

4 Janvier 1907. — Suites bonnes.

27 Janvier 1907. — Bon état local. Mais on constate une légère élévation de température à 39°5, correspondant à la formation d'un léger épanchement pleurétique gauche.

22 Février 1907. — La pleurésie a évolué rapidement et ne laisse pas de traces. Cicatrisation complète. Urine: très louches; mictions aussi nombreuses qu'avant l'intervention. Capacité vésicale: 60 gr. Etat général assez bon, mais un peu d'amaigrissement. Excit.

1^{er} Août 1907. — Etat général bon. Poids: 57 kil. 200 Urine assez louche, sans odeur, renfermant une quantité modérée d'al-

bumine. Mictions : le jour, sept à huit. Capacité vésicale : 50 gr. Plaie : il persiste une fistulette.

27 Avril 1908. — La plaie est fermée depuis septembre 1907. Etat général parfait. Poids : 65 kilos. Mictions : huit la nuit, cinq à six le jour, légèrement douloureuses. Capacité vésicale : 90 gr. Urine encore louche, renfermant nettement de l'albumine, (on^t renfermé du sang en janvier après une marche prolongée). Inoculation positive. A eu deux érysipèles de la face en septembre 1908. Cicatrice assez solide.

29 Mars 1909. — Etat général excellent. A eu deux érysipèles de la face en septembre 1909. Poids : 61 kil. 500. Bôn appétit. Urine jaune ambrée, louche, avec quelques débris. Albumine en quantité assez considérable. Mictions : la nuit, six à sept ; le jour, cinq à six. Douleur aussi intense qu'avant l'opération.

Capacité vésicale : 80 à 90 gr.

Le toucher urétéral provoque un peu plus de douleur à gauche qu'à droite, mais on ne sent pas l'uretère.

Cytologie des urines : nombreux globules blancs, sans hématies, un cylindre granuleux, quelques cellules épithéliales :

Cultures stériles.

Inoculation négative.

OBSERVATION LII

Tuberculose rénale droite à forme nodulaire. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire, compliquée d'une poussée de phlébite droite légère. — Guérison (inoculation négative), constatée un an et un mois après l'intervention. Deux ans et trois mois après, inoculation négative.

Mlle D..., 19 ans, vient consulter le docteur Rafin, le 21 janvier 1907.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Mère vivante, bien portante. Père mort de diabète compliqué de tuberculose pulmonaire. Rien à signaler dans les antécédents personnels : ni adénite, ni abcès, ni affection broncho-pulmonaire.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Le début remonterait à trois mois et aurait été marqué par de la pollakiurie, phénomène qui fut traité par des lavages de la vessie boricués et nitrates. Les cathétérismes et les lavages nitrates auraient provoqué un peu d'hématurie. Vers le 6 décembre 1906, la malade aurait éprouvé un peu de douleur dans le côté gauche pendant deux jours. Elle signale aussi une sensation de *talure* à droite. §

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, deux ou trois; le jour, quatre ou cinq. Douleur légère à la fin de la miction.

EXAMEN DES URINES. — Urines troubles, renfermant un disque net d'albumine : au microscope, leucocytes et hématies (avec prédominance de ces dernières) quelques cellules épithéliales.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Examen direct. Pas de bacilles de Koch.

Cultures aérobies et anaérobies stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité = 140 gr.

REINS ET URETÈRES. — On ne sent pas le rein droit. Dans les inspirations profondes, on arrive à percevoir le pôle inférieur du rein gauche.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La région du trigone paraît à peu près uniformément rouge; les orifices urétéraux sont normaux. A droite, la cathétérisme donne des éjaculations d'une urine peu ambrée, trouble, présentant au microscope de nombreux leucocytes et quelques hématies. Du côté gauche, l'urine est plus ambrée, ne renferme pas de globules blancs, mais renferme quelques globules rouges. La prise pour inoculation est faite après huit à dix gr. d'écoulement. Inoculation de l'urine gauche positive.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES :

	Urine Gauche	Urine Droite	Urine Totale
Urée	17 g. 12 par litre	16 g. 64 par litre	31 g. 50 par litre
Phosphates	0 g. 25 —	0 g. 28 —	0 g. 43 —
Chlorures .	9 g. 95 —	7 g. 02 —	8 g. 66 —

ÉTAT GÉNÉRAL. — Bon. Cœur zéro. Poumons : frottements à la base gauche.

26 Janvier 1907. — **INTERVENTION NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE.** — Le rein enlevé à des dimensions normales.

Au milieu de son bord circonférentiel, il existe un amas de granulations, mais la capsule propre n'est pas adhérente et se décolle bien : donc, pas de périnéphrite. A la coupe, au niveau de la zone de granulations, on trouve une caverne de la dimension d'une noisette. et deux cavernules au pôle inférieur, le reste de la substance paraît macroscopiquement sain. Lésions très nettes d'urétérite : l'urètre est gros, comme l'extrémité du petit doigt, à parois épaissies, à lumière béante.

31 Janvier 1907.-- Amélioration très nette des phénomènes vésicaux, en particulier de la douleur à la miction.

15 Février 1907.-- Douleur dans la jambe droite; la température oscille autour de 38°, en somme; il s'agit d'une phlébite.

26 Mars 1907. --- Diminution de l'œdème : la malade a pu se lever.

28 Mars. — Excit. L'œdème diminue sensiblement. Du côté de la plaie il reste encore un trajet fistuleux. Plus de troubles vésicaux.

6 Août 1907. — Etat général parfait, excellent appétit. Poids = 70 kgr. 65. Mictions: la nuit, zéro; le jour, trois à quatre. Pas de douleur en urinant. Urine limpide, jaune ambrée, donnant à la centrifugation un petit culot: ce culot renferme quelques cellules épithéliales. quelques leucocytes, dont un amas, pas d'hématies; albumine en quantité assez importante. Œdème a peu près complètement disparu. On conseille un régime lacto-végétarien.

Du côté de la plaie, deux petits points de suppuration peu profonds.

27 Octobre 1907. — Même état général et local. Plaie complètement fermée, depuis deux mois. Poids = 72 kg. 40. Urine limpide, sans albumine, avec un culot minime renfermant trois leucocytes et une hématie. Inoculation positive.

20 Février.— Urine limpide avec traces d'albumine, et quelques leucocytes. Capacité vésicale = 200 gr. ; quantité nyctémérale = 800 gr.

Inoculation négative.

25 Août 1908. — Etat général parfait; poids = 60 gr. 900. mictions: la nuit, zéro; le jour, quatre à cinq. Douleur: néant. Capacité vésicale = 210 gr. Urine limpide: albumine, traces; culot, un ou deux leucocytes, quelques cellules épithéliales, pas de cylindre.

5 Octobre 1908. — Pas d'albumine.

30 Novembre 1908. — Etat général excellent. Aspect absolument florissant.

Ne se plaint pas de la jambe qui a souffert de phlébite.

26 Avril 1909. — Mlle D... va très bien, a engraisée de trois kg. Aucun malaise dans les reins, ni du côté de la phlébite.

Plusieurs analyse par le pharmacien, pas d'albumine.

Inoculation négative.

OBSERVATION LIII

Tuberculose rénale droite à forme caverneuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison opératoire. Mort un an et sept mois après l'intervention de péritonite tuberculeuse probable et de cachexie progressive.

Mme J..., 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 2 janvier 1907.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLLATÉRAUX. — Père mort à la suite d'une bronchite; mère morte d'affection indéterminée. Un frère vivant et bien portant. Deux frères ou sœurs morts bacillaires.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Personnellement mariée à 22 ans. Son mari est mort de méningite; un enfant mort à 24 ans, de tuberculose rénale. La malade elle-même a présenté des crises gastriques améliorées à l'heure actuelle (peut-être crises de péritonite localisée); une pleurésie; elle n'a jamais eu d'adénites ou d'ostéites. Ménopause à 45 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Rien à signaler.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle remonterait à six mois environ et aurait débuté par des coliques abdominales localisées à l'hypogastre, que la malade compare aux douleurs qui accompagnent les règles; ces douleurs quotidiennes survenaient tantôt sourdes, tantôt paroxystiques.

Depuis deux mois est survenue de la pollakiurie avec une douleur à la miction assez intense; il y a un mois, les urines sont devenues troubles. Jamais d'hématurie.

Etat actuel:

Mictions. — Tous les trois-quarts d'heure environ nuit et jour:

L'orifice urétéral droit est recouvert de muco-pus, et donne des décharges importantes qui troublent rapidement le milieu vésical. Au cathétérisme urétéral gauche, la première prise de deux grammes renferme de l'urine jaune ambrée, à peine dépolie, avec un peu d'albumine, dont le culot est formé de cellules épithéliales, quelques hématies et quelques leucocytes. La deuxième prise renferme assez de sang et de très rares leucocytes. Inoculation faite avec une prise recueillie après dix grammes d'écoulement : négative.

13 Mai 1907. — Région rénale droite mal dépressible, douloureuse. Point douloureux para-ombilical.

DOSAGE DE L'URÉE. — Urine totale : Urée : 10 gr.

Urine gauche : Urée : 10 gr.!

16 Mai 1907. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé pèse 160 gr. : il est légèrement hypertrophié, et paraît avoir subi dans son tiers supérieur la dégénérescence graisseuse. A la coupe, la substance corticale ne paraît pas diminuée ; le pôle supérieur présente un abcès de la grosseur d'une noisette renfermant un calcul dans sa cavité. La partie moyenne, au niveau de la ligne de réunion de la substance corticale et de la substance médullaire est le siège des petites cavernules. Dégénérescence lipomateuse péri-pyélitique. L'uretère est gros, mais non induré.

Suites simples. Poids quinze jours après l'opération : 35 kil. 100.

6 Janvier 1908. — Etat général très amélioré. Poids : 40 kilos. Cicatrice bonne. Capacité vésicale : 100 gr. Mictions : la nuit, trois-cinq ; le jour, trois-cinq, non douloureuse, mais parfois un peu difficile. Urine très limpide, renfermant des traces d'albumine et de très rares globules blancs ; inoculation négative.

11 Mars 1908. — Etat général excellent. Poids : 40 kil. 500. Miction ni douloureuse, ni difficile : la nuit, trois-quatre ; le jour, toutes les deux heures environ.

5 Avril 1909. — Etat général passable. Cependant, un peu maigre, toussé et crache. Poids : 36 kil. 200. Mictions : la nuit, trois à quatre ; le jour, cinq à six. Pas de douleur. Capacité vésicale : 150 gr. Urine limpide, renfermant un disque très léger d'albumine. Globules blancs assez nombreux. On ne sent pas les uretères. Respiration un peu soufflante aux deux sommets.

Inoculation positive.

OBSERVATION LV

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséeuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée (inoculation négative) un an et deux mois après l'intervention, se maintenant à l'heure actuelle. Inoculation un an et dix mois après l'opération.

J. . . , 35 ans, adressé par le docteur Desportes, de Trévoux (Ain), est vu pour la première fois le 12 mars 1907.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Dans les antécédents familiaux, on trouve des cas de lithiase urinaire. Personnellement marié, a un enfant bien portant. Bonne santé habituelle, sauf une typhoïde à l'âge de 20 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Rien à signaler. Blennorrhagie : 0.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Le 3 décembre 1906, à la suite d'un effort, éprouve une colique suivie de selles. Deux ou trois jours après, la fin de la miction est accompagnée d'une légère cuisson, et l'urine examinée renferme de l'albumine. Sept semaines après, deux nouvelles crises douloureuses, siégeant du côté gauche avec irradiation dans le testicule, s'accompagnant d'envie d'uriner et d'aller à la selle, d'une durée de deux heures. Depuis, le malade n'a pas eu de nouvelles crises, mais une sensation de pesanteur persiste dans le côté gauche d'un peu de douleur en urinant. La marche, surtout l'ascension d'un escalier provoque un peu de douleur.

A la fin du mois de décembre, il aurait été constaté de la pyurie.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, quatre à huit ; le jour, quelquefois six, quelquefois davantage. (Auparavant, le malade avait une ou deux mictions la nuit). La fin de la miction s'accompagne d'un peu de cuisson.

URINES. — Troubles, sans odeur, de réaction acide, renfermant un peu d'albumine, pas de sucre. A l'examen microscopique, globules de pus.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — (Mérieux) :

Examen direct : pas de bacilles de Koch ;

Cultures aérobies et anaérobies : stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 130 gr.

PROSTATE. — Un peu grosse, de consistance un peu inégale.

TESTICULES. — Néant.

REINS ET URETÈRES. — Reins non accessibles, non douloureux au palper. La pression au niveau du point paro-ombilical est un peu douloureux.

ETAT GÉNÉRAL. — Légèrement amaigri. Poids : 70 kilos. Poumons : 0. Cœur : quelques irrégularités.

TESTICULES. — Rien à signaler, sauf un léger varicocèle gauche très ancien.

CYSTOSCOPIE, CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Les contractions du malade nécessitent l'anesthésie générale.

Orifice urétéral droit à peu près normal ; l'orifice gauche est cratériforme entouré de trainées blanchâtres ; à droite, la sonde est enfoncée assez profondément : on obtient au bout d'une heure sept à huit grammes d'urine, malgré une injection de sérum de deux litres ; cette urine est sanglante, mais ne renferme pas un plus grand nombre de leucocytes que le sang normal. L'orifice gauche donne de l'urine abondante et très purulente. Inoculation de l'urine droite : négative.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES :

	Urines totales	Urine droite
Urée.....	9 gr. 72 par litre	19 gr. 72 par litre
Phosphates...	2 gr. 20 »	5 gr. 55 »
Chlorures	3 gr. 50 »	8 gr. 50 »

9 Juin 1907. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est à peu près normal, sa surface présente des granulations en quantité très modérées, confluentes sur le bord, au niveau du hile. A la coupe, la couche corticale est à peu près indemne ; mais le bassinnet est très dilaté et présente ainsi que les parties voisines des lésions avancées ; il existe une caverne des dimensions d'une noix. Suites simples.

30 Octobre 1907. — A eu au mois de juillet et de septembre quelques poussées fébriles qui se sont jugées par la suppuration de la ligne de suture. Actuellement, plus d'hyperthermie, appetit revenu. Poids : 70 kilos. Mictions : quatre la nuit (130 gr. par

miction); la miction s'accompagne d'un peu de cuisson, mais moins intense qu'avant l'intervention. Plaie à peu près cicatrisée.

4 Décembre. — Urine louche et hématique. Albumine très nette.

20 février 1908. — Etat général excellent. Poids : 77 kil. 150. Mictions : la nuit, trois ; le jour, quatre à cinq. Douleur nulle. Urine limpide avec quelques petits points en suspension, renfermant des traces d'albumine (0,10 cgr. par litre). Plaie : il persiste une petite fistulette.

20 Août 1908. — Etat général : bon. Poids : 79 kilos. Urine limpide, pas d'albumine. Inoculation négative. Miction normale.

25 Mars 1909. — Etat général très bon. Poids : 82 kilos. Plaie : il persiste une fistule. Mictions : deux la nuit, couché à 9 heures, urine à 3 heures et à 5 ou 6 heures ; le jour, deux le matin, deux le soir. Urine absolument limpide. Culot, trois globules blancs. Albumine : traces infimes, à peine visibles.

Vient d'avoir la grippe et en a eu 30 centigrammes environ d'albumine.

OBSERVATION LVI

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Rétrécissement urétréal. Urétréctomie interne. Cathétérisme urétréal. Néphrectomie lombaire. — Guérison. Inoculation négative quatre mois après. Nouvelle inoculation un an et neuf mois après.

Pierre D..., 36 ans, tailleur, est vu pour la première fois le 6 mars 1907.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Père mort à 48 ans rhumatisant ; mère morte à 72 ans, d'affection indéterminée ; une sœur morte à 20 ans de tuberculose pulmonaire ; deux frères ou sœur de santé délicate. Personnellement, bonne santé habituelle ; à 21 ans, rhumatisme articulaire aigu ; marié depuis huit ans, pas d'enfants.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Blennorragie : 0. N'a jamais expulsé de sable ou de graviers. Jamais d'hématurie. A 26 ans, orchite double (?) ayant légèrement récidivé deux ans après.

elles deviennent plus fréquentes après les périodes de repos ; elles sont aussi influencées par la marche et le transport en voiture. La miction est douloureuse.

URINE. — Trouble, franchement purulente, renfermant beaucoup d'albumine, pas de sucre.

Examen bactériologique (Mérieux).

Examen direct : bacilles de Koch.

Cultures donnent des colonies de Coli²-bacilles

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité = 40 gr.

REINS ET URETÈRES. — La région rénale gauche au niveau de laquelle la malade a souffert spontanément est douloureuse et se laisse mal déprimer. On ne perçoit rien au niveau du rein droit. Au toucher vaginal, on ne sent pas les uretères, mais la face postéro inférieure de la vessie est douloureuse à la pression ; la pression le long de l'uretère gauche est également douloureuse.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre. Appétit diminué. Amaigrissement très net. Poids = 55 kg. 60.

Rien au cœur, ni aux poumons. Mais péritonite tuberculeuse caractérisée par de l'hypéresthésie abdominale superficielle, et profonde.

9 Janvier 1907. — CYSTOSCOPIE CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La vessie présente des colonnes, une teinte rouge avec des reflets cicatriciels, sans ulcération ; orifice urétéral gauche normal, orifice urétéral droit béant.

Le cathétérisme de l'uretère droit ne fournit que quelques grammes d'urine à peu près incolore renfermant quelques caillots blanchâtres ; ces caillots examinés au microscope sont constitués par des débris amorphes (caséum) et par quelques globules blancs. La sonde bute à six ou huit cm au-dessus de l'orifice vésical. La prise pour inoculation est faite après écoulement de cinq à six gr.

Le cathétérisme de l'uretère gauche fournit de l'urine jaune pâle, limpide, en très grande abondance (on a noté des éjaculations de quarante gouttes). Dans une prise recueillie après un écoulement de soixante gr., on trouve après centrifugation quelques hématies, quelques rares globules blancs, et une petite quantité d'albumine.

Prise par inoculation après 75 gr. d'écoulement.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES DE VINGT-QUATRE HEURES (Fayssé).
— L'analyse porte sur une quantité = 1.400 gr.

Urée.....	{	9 gr. 72 par litre
	{	13 gr. 60 par 24 heures
Phosphates.	{	1 gr. 70 par litre
	{	2 gr. 38 par 24 heures
Chlorures..	{	1 gr. 23 par litre
	{	1 gr. 72 par 24 heures

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES DU CATHÉTÉRISME (Fayssé).

	Urine Totale	Urine Droite	Urine Gauche
Urée.....	8 gr. 10 par litre	2 gr. 16	5 gr. 40
Phosphates.....	2 gr. 50 —	0 gr. 7	1 gr. 90
Chlorures.....	1 gr. 20 —	0 gr. 8	1 gr. 40

A noter que le rein gauche était polymique par rapport au rein droit.

Inoculation de l'urine gauche: négative.

Inoculation de l'urine droite: positive.

7 Mars 1907. — La douleur est intense, quelques hématuries très légères. Les phénomènes gastriques persistent: dégoût pour les aliments, digestions mauvaises, parfois envie de vomir.

Poids = 53 kg.

8 Mars. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé est petit. Poids = 100 gr. Il s'agit d'une forme cavernéuse: les cavités sont de la grosseur d'une cerise et renferment du pus. Il ne persiste qu'une faible quantité de parenchyme macroscopiquement indemne au pôle supérieur et sur les bords. Ce qui est surtout intéressant, c'est une dégénérescence calcaire au niveau du bassinnet, donnant l'aspect d'un calcul dont le centre se serait éliminé. Dégénérescence fibro-lipomateuse du bassinnet. L'uretère est gros, induré, renfermant du caséum dans la lumière. La paroi postérieure du rein présente au voisinage du bassinnet, mais ne communiquant pas avec ce dernier, un kyste de la grosseur d'une noix.

11 Mars 1907. — Suites simples. La malade constate un peu d'amélioration dans le nombre des mictions et la douleur qui les accompagne.

4 Mai. — La malade a eu une légère phlébite marquée par un petit mouvement fébrile et un léger œdème du mollet avec ballonnement.

14 Mai. — Exeat. Mictions: la nuit, toutes les heures; le jour, toutes les demi-heure. Capacité vésicale = 100 gr. Plaie presque complètement cicatrisée. appétit amélioré. Poids = 49 kgr. 500.

13 Février 1908. — Mictions: la nuit, toutes les heures et demie; le jour, toutes les demi-heure ou trois-quarts d'heure. La douleur persiste toujours. Urines troubles, purulentes. Inoculation positive.

29 Octobre. — Les phénomènes urinaires persistent, mais sont passés au second plan derrière les accidents péritonéaux.

Le docteur Maurice constate de l'empatement abdominal qui le conduit à admettre de la péritonite tuberculeuse. (Avant l'opération, le professeur Tripier avait admis de l'inflammation péritoniale).

5 Novembre: mort d'affaiblissement progressif.

OBSERVATION LIV

Tuberculose rénale à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Lésions pulmonaires. Néphrectomie lombaire. — Amélioration. Inoculation négative huit mois après l'opération. Positive un an et deux mois après. (Crainte d'envahissement de l'autre rein.)

Joséphine G..., 25 ans, domestique, entre à l'hôpital en mai 1905.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou personnels.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais d'accidents lithiatiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle aurait débuté en 1902, par de la perte des forces et de l'appétit, qui s'accompagna bientôt de pollakiurie, puis de douleurs lombaires et abdominales sans caractère spécial, survenant à l'occasion des fatigues. Six mois après, apparaissent des douleurs vésicales qui devinrent presque continuelles, douleur surtout avant la miction. A ce moment les urines sont nettement troubles.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, vingt à trente fois; la nuit, quatre ou

cing. Fréquence des mictions variable suivant l'état de repos ou de fatigue. Douleur très marquée.

URINES. — Troubles. A l'examen direct, on a trouvé des bacilles de Koch.

VESSIE. — Capacité vésicale : 200 gr.

TOUCHER VAGINAL. — Rien à signaler, on ne sent pas les uretères. Le réflexe urétéro-vésical semble plus marqué à gauche.

REINS. — La région rénale droite se laisse bien déprimer. Le rein gauche, au contraire, est un peu douloureux, et la région est moins dépressible.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La vessie présente une rougeur diffuse : l'uretère droit se trouve sur une élevure rouge et présente des bords déchiquetés ; l'uretère gauche en forme de fente, siège au fond d'une dépression. Le cathétérisme de l'uretère gauche donne de l'urine d'un beau jaune ambrée sortant par éjaculations ; dans le premier centimètre cube recueilli, on trouve des hématies et quelques rarissimes globules de pus. Après six ou sept grammes, on trouve beaucoup de sang et pas de pus. Le cathétérisme urétéral droit donne de l'urine pâle et purulente. Inoculation de l'urine gauche négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssé) :

	Urines totales	Urine droite	Urine gauche
Urée.....	13 gr. 2 par lit.	7 gr. 26 par lit.	20 gr. par lit.
Phosphates	1 gr. 2 »	0 gr. 50 »	1 gr. 80 »
Chlorures..	2 gr. 4 »	1 gr. 20 »	3 gr. 80 »

L'urine totale et l'urine gauche analysées ont été recueillies le même jour, mais non l'urine droite.

ETAT GÉNÉRAL. Médiocre. Cœur : 0. Poumons : matité et râles secs dans le tiers supérieur du poumon droit.

Elle refuse l'intervention.

16 juin 1906. — Se trouve mieux qu'avant l'examen. Ne souffre pas. Mictions : trois-quatre la nuit ; le jour, dix.

Mai 1907. — Etat général stationnaire. Amaigrissement. Bon appétit. Urines troubles. Mictions : la nuit, cinq à sept ; le jour, toutes les heures. Rein droit un peu perceptible, non douloureux. La palpation du rein gauche détermine le réflexe pyélo-vésical.

10 Mai 1907. DEUXIÈME CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Capacité vésicale : 80 gr., peu augmentée par l'anesthésie. Vessie petite, peu intéressée. L'orifice urétéral gauche est normal,

14 Janvier 1908. — Urine limpide, sans albumine, ne donnant après centrifugation ni leucocytes, ni hématies. Toutefois l'inoculation est positive.

23 Mars 1908. — Poids = 81 kgr. Etat général parfait. Mictions : la nuit, zéro ; le jour, trois ou quatre. Il persiste une plaie qui ne gêne nullement le malade. Urine un peu louche renfermant quelques leucocytes.

14 Juillet 1908. — La plaie est cicatrisée.

19 Octobre 1908. — Etat général parfait. Poids = 87 kgr. (habillé). Urine limpide, avec de rarissimes globules blancs. Inoculation négative. Miction normale, non douloureuse. Râles humides au sommet droit.

Décembre 1908. — Le malade prend des hémoptysies et succombe après huit jours de maladie alors que sa santé semblait parfaite, (cause de la mort : poussée de tuberculose pulmonaire).

OBSERVATION LVIII

Tuberculose rénale droite à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Inoculation un an et neuf mois après : positive. Amélioration locale et générale considérable.

G... Jean-Marie, 35 ans, cocher, est adressé par le Dr Ogier, le 7 août 1907, salle St-Pierre, n° 14.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Mère bien portante. Père mort d'affection pulmonaire indéterminée. Trois frères en bonne santé.

Une sœur morte du croup. Marié, sa femme est bien portante, n'a pas d'enfants. Personnellement, il s'enrhume et tousse facilement.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Coliques néphrétiques : Néant. Pas de blennorrhagie antérieure. Il y a 6 ans, à la suite d'une contusion de l'abdomen, aurait eu une rétention qui a duré huit jours et qui a nécessité des cathétérismes répétés.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a dix-huit mois, le malade commença à présenter de la pollakiurie sans douleur. Les douleurs ne firent leur apparition que six mois après (douleurs vésicales à la miction), mais ne furent que passagères.

Depuis un an aussi, hématuries terminales légères assez fréquentes. Amaigrissement de 11 kilogs depuis deux ans. Urines troubles, surtout le soir.

ETAT ACTUEL.

MICTIONS. — Environ toutes les demi-heures, nuit et jour, non douloureuses.

URINES. — Sanglantes, renfermant un gros disque d'albumine.

EXAMEN CYTOLOGIQUE (Faysse). — Nombreux globules rouges, quelques leucocytes.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse). — Examen direct : Ni bacilles de Koch, ni autres micro-organiques.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. — Non douloureuses à la pression.

CAPACITÉ VÉSICALE. — 50 gr.

PROSTATE, VÉSICULES SÉMINALES. — Au toucher rectal, on trouve la prostate de dimensions normales, mais de consistance inégale, renfermant de petits noyaux, surtout à gauche. Vésicules séminales non perçues.

REINS ET URETÈRS. — Non perçus. Cependant, dans l'hypochondre droit, on sent une saillie donnant plutôt l'impression d'un prolongement du foie, dont on sentirait le rebord tranchant.

CYSTOSCOPIE, CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La région du trigone offre un aspect cicatriciel, mais les lésions semblent plutôt s'étaler à droite et la zone qui entoure immédiatement l'orifice gauche, est normale. On cathétérise ce dernier orifice, mais la sonde bute une fois introduite de 3 centimètres ; l'urine qui s'écoule est jaune ambrée, absolument limpide, et après 4 gr. d'écoulement, donne un culot dans lequel on trouve quelques hématies et un ou deux leucocytes. Il y a des traces d'albumine. Prise à l'inoculation après 20 gr. 1/2 d'écoulement.

INOCULATION. — Négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse) :

		Urine totale	Urine gauche	
Urée	par litre	10 gr. 81	18 gr. 64	} polyurée.
Phosphate	»	2 gr. 20	4 gr. 30	
Chlorures	»	8 gr. 50	12 gr. 30	

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 67 kilogr. Cœur 0. Poumons : Sommet droit, respiration un peu obscure.

20 août 1907. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé est petit, bosselé par des abcès qui, à la coupe, apparaissent de petite dimension, disséminés dans toute l'étendue de la substance rénale, et entourées d'une zone fibreuse. Dégénérescence scléro-lipomateuse du bassinet.

6 septembre 1907. — Suites assez simples.

MICTIONS. — Quinze le jour, quinze la nuit.

20 septembre 1907. — Exeat. Etat général bon, bonnes digestions et bon appétit. Poids : 63 kilogs. Pas de fièvres. Mictions encore nombreuses. Urines louches, renfermant un disque d'albumine très net. Plaie non fermée.

3 octobre 1907. — Urine un peu louches. La plaie présente quelques bourgeons charnus. Poids : 65 kilogs.

7 mai 1908. — Plaie fermée depuis fin décembre 1907. Etat général bon. Poids : 67 kilogs.

MICTIONS. — Six la nuit, quinze le jour.

URINES troubles, quelquefois un peu sanglantes.

15 octobre 1908. — Etat général excellent, Poids : 66 kil. 300.

URINES louches, renfermant une quantité assez importante d'albumine.

MICTIONS. — La nuit, toutes les heures, le jour, toutes les demi-heures.

1^{er} avril 1909. — Etat général bon ; s'est nettement amélioré depuis la dernière visite. Poids : 67 kilogs 500.

MICTIONS. — La nuit, peut rester deux ou trois heures sans uriner, le jour, une heure et demie à deux heures ; donc, amélioration nette. Pas de douleur. Plus d'hématurie.

URINE encore trouble, d'une façon modérée, renfermant de l'albumine attribuable au sang. Nombreux leucocytes. Cultures staphylocoques.

Cicatrice bonne. Prostate et testicules : 0.

Inoculation positive.

OBSERVATION LIX

Tuberculose rénale bilatérale caverneuse gauche. Etat général mauvais. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Mort opératoire. Lésions minimes de l'autre rein diagnostiquées avant l'opération.

Mme G..., salle Ste-Marie, n° 6.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Personnellement réglée depuis l'âge de 12 ans, d'une façon régulière. Mariée à 25 ans ; pas d'enfant, pas de fausses couches. Il y a six ans, bronchite ayant duré un mois et demi. Fièvre muqueuse (?) il y a un an.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a cinq mois, la malade aurait eu une fièvre typhoïde pendant laquelle la présence d'albumine dans les urines a été constatée. Depuis, elle a eu constamment de la fièvre, et l'hyperthermie atteint encore 39° le soir. Le rein gauche est sensible depuis quatre mois, mais depuis un mois il est franchement douloureux. Il y a un mois aussi, hématurie d'une durée de 24 heures, qui s'est répétée cinq ou six jours après ; la malade a expulsé de petits caillots. Légère cuisson à la fin de la miction il y a quelque temps.

ÉTAT ACTUEL

MICTION. — Toutes les heures et demie, jour et nuit ; la douleur a disparu.

URINE. — Franchement purulente, fétides.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse) :

EXAMEN DIRECT. — Bacilles de Koch.

CULTURES STÉRILES.

INOCULATION. — Positive.

VESSIE. — Capacité : 90 gr.

REINS ET URETÈRES. — Rein droit accessible, mais peu ou pas augmenté ; le rein gauche est volumineux, facilement perceptible.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Mauvais. Poids : 32 kilogs. Amaigrissement considérable. Rien au cœur ni aux poumons.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle aurait débuté il y a trois mois par des coliques néphrétiques gauches, avec pyurie, qui se répétèrent à deux ou trois reprises: la première crise qui fut la plus douloureuse, dura cinq à six heures, sans vomissements. Depuis le malade se plaint de souffrir, mais il insiste surtout sur un point douloureux qui se trouve au niveau de l'uretère pelvien gauche.

Etat actuel:

MICTIONS. — 2, la nuit; le jour, toutes les heures et demie, s'accompagne d'une sensation de brûlure uréthrale. la marche et le voyage en voiture n'ont aucune influence sur la miction.

URINE. — Franchement purulente, de réaction acide, renfermant de l'albumine en quantité notable, pas de sucre. Au microscope, très nombreux globules blancs, rarissimes hématies. Inoculation positive. Les cultures donnent du staphylocoque.

URÈTHRE. — Un explorateur à boule n° 18 est arrêté au fond du périnée; de même un béniqué n° 31 sur conducteur: au toucher rectal, on sent le conducteur arrêté à l'entrée de l'urèthre membraneux.

PROSTATE. — Normale.

REINS ET URETÈRES. — Reins non accessibles: à gauche l'uretère est un peu sensible.

TESTICULES. — Rien à gauche. A droite, il semble que la tête de l'épididyme est un peu aplatie, et se délimite mal d'avec le testicule. Déférents normaux.

ÉTAT GÉNÉRAL — Amaigrissement marqué: le malade a perdu douze kgr. en trois mois. Rien au cœur, ni aux poumons. Poids = 55 kgr. 500.

2 Avril. — URÉTHROTOMIE INTERNE.

12 Avril. — Après des dilatations successives, on arrive à passer un béniqué n° 51. La miction est plus facile, l'état général est amélioré, et les urines quoique encore troubles, se sont un peu éclaircies.

Mai 1907. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral gauche est masqué par une saillie polypiforme, le cathétérisme en est impossible, la sonde butant au bout de cinq millimètres. L'orifice urétéral droit est normal: le cathétérisme fournit des éjaculations abondantes d'urine, qui devient bientôt sanglante: cette urine renferme des globules rouges, pas de globules blancs.

Inoculation faite avec une prise de l'urine droite après trente grammes d'écoulement négative.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Mérieux).

	Urine Totale	Urine Droite
Urée.....	5 gr. 14 par litre	4 gr. 92
Phosphates.....	11 gr. 25 —	6 gr. 79
Chlorures.....	1 gr. 03 —	0 gr. 30

20 Juillet 1907. — Le malade n'a plus eu de crises; mais à quelques reprises a éprouvé un peu de douleur dans le rein gauche. Il éprouverait, paraît-il, assez souvent la sensation « de quelques chose qui coule dans l'uretère gauche ».

22 Juillet 1907. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est modérément augmenté de volume. Le pôle supérieur présente de nombreuses cavernes pleines de pus; la surface est couverte de granulations. A la coupe on peut consulter qu'une notable partie de la substance rénale est encore en bon état.

13 Août 1907. — Suites simples.

26 Novembre. — Etat général: bon; le malade a engraisé. Poids = 67 kgr. 500. Plaie non cicatrisée (entropion de la lèvre supérieure). Urine parfaitement limpide, sans albumine. Miction la nuit, une; le jour, trois à quatre, non douloureuse. Inoculation négative.

4 Février 1908. — Même état. Poids = 68 kgr. 750. Pas de leucocytes dans l'urine qui est limpide.

19 Décembre 1908. — On a fait une nouvelle série de dilatations de l'urèthre j'usqu'au n° 51 (béniqué). Plaie complètement fermée depuis le 1^{er} décembre 1908. Urine parfaitement limpide. Etat général parfait.

27 Avril 1909. — Etat général parfait; a plutôt encore engraisé. Urine limpide. Albumine zéro.

Culot rarismes leucocytes.

Mictions: une, la nuit; cinq à six le jour.

Douleur: zéro, mais parfois un peu de lenteur dans l'émission surtout s'il s'est retenu pour uriner. Béniqué n° 51 passe facilement. Testicules comme ci-dessus.

Prostate se délimite bien, si elle a été malade, comme cela est probable, la lésion paraît bien éteinte.

Après la dernière visite, où il se plaignait d'un peu de douleur

dans la fosse iliaque, la fistule s'est ouverte, il est sorti du pus en abondance. La cicatrisation s'est faite en trois ou quatre jours, et depuis lors va parfaitement de ce côté.

Cultures stériles.

Une inoculation est faite.

OBSERVATION LVII

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Lésion du sommet gauche. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée un an et deux mois après l'intervention (inoculation négative). Mort un an et quatre mois après l'intervention d'une poussée pulmonaire aiguë.

R..., 26 ans, est vu pour la première fois le 10 juin 1907.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Père mort diabétique à 64 ans, d'un phlegmon périnéphrétique. Personnellement, en 1903, a eu un début de tuberculose pulmonaire au sommet gauche; pour laquelle il a fait un séjour à Leysin, et qui est améliorée. Marié depuis un an, pas d'enfants.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — N'a jamais uriné de sables ou de graviers. Blennorrhagie en 1900, avec orchite double, ayant duré un mois, bien guérie.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En Août 1906, le malade eût une crise de coliques néphrétiques gauche avec irradiation vésicale, mais sans irradiation testiculaire ou glandaire. Ces crises se sont répétées depuis lors tous les deux mois, mais avec bien moins d'intensité.

Etat actuel :

MICTIONS. — Normale, pas de douleur.

URINE. — Assez trouble, laiteuse, renfermant de nombreux leucocytes et quelques rares hématies. Disque d'albumine très net, pas de sucre. A l'examen direct (après centrifugation) : bacilles de Koch très nets. Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : plus de 200 gr.

PROSTATE. — Lobe droit normal; lobe gauche donne une légère sensation de bosselure et d'empatement.

REINS. — Non perçus et non douloureux.

TESTICULES ET ÉPIDIDYMES.— A gauche, la queue de l'épididyme est augmentée de volume, mais sans induration, ni bosselures; cette lésion qui date de l'orchite sus-mentionnée, va plutôt en diminuant. A droite, la queue de l'épididyme porte une bosselure arrondie, indurée, du volume d'une petite noisette, cette lésion n'a pas changé depuis la phase aiguë de l'infection gonococcienne.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Excellent, bon appétit. Poids : 75 kil. 65.

POUMONS. — Submatité et craquement au sommet gauche. Le professeur Paviot, médecin du malade, estime que cette lésion n'évolue pas et ne contre-indique pas une intervention.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — (Côté supposé sain). Le cathétérisme urétéral droit a fourni par éjaculations de l'urine jaune ambrée, sans albumine, dont le culot ne renferme ni leucocytes, ni hématies; inoculation avec prise après 30 gr. d'écoulement positive.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Merieux).

	Urine Totale	Urine Droite
Urée.....	15 gr. 59 par litre	18 gr. 34 par litre
Chlorures.....	8 gr. 78 —	13 gr. 46 —
Phosphates	0 gr. 91 —	0 gr. 80 —

7 Août 1907. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRACAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est légèrement augmenté de volume, bosselé surtout sur la face antérieure. Un jet d'urine purulente est sorti au moment de la section du pédicule comme s'il existait de la rétention. L'atmosphère adipeuse est normale, sauf une adhérence avec le pôle supérieur du rein. La face antérieure présente à la partie moyenne un semis de granulations. A la coupe, le bassinnet est dilaté, avec état velvétique de la muqueuse qui est certainement envahie. Au pôle supérieur, il existe une grosse caverne, pleine de caséum, et une autre plus petite au-dessous. En somme, il s'agit d'une forme pyonéphrotique, avec une notable partie du parenchyme rénal conservée.

27 Août. — Suites simples. Bon appétit. A perdu quatre à cinq kgr. Urine encore louche. Un peu de température le soir (38° à 38° 5).

23 Octobre. — En septembre, a eu de la fièvre, jugée par l'état de la plaie qui, à l'heure actuelle est en bonne voie de cicatrisation. Etat général excellent. Poids = 75 kgr. Urine limpide. Miction: le jour, trois; la nuit, une.

20 août 1907. — PREMIÈRE SÉANCE DE CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL DROIT. — L'orifice urétéral est normal. Il fournit par éjaculations très abondantes une urine limpide et pâle. Après 30 à 40 gr. d'écoulement, on centrifuge une prise dans le culot de laquelle on trouve un grand nombre de leucocytes, isolés ou en amas importants. Cette urine, malgré l'absence de globules rouges, renferme de l'albumine en quantité très nette. Mais vu l'impossibilité où l'on se trouve de clarifier complètement le milieu vésical qui est constitué par une véritable purée, et la présence de quelques petits grumeaux blanchâtres sur l'extrémité de la sonde urétérale, on peut penser qu'il y a là une coupe d'erreur, et attribuer au rein du pus cueilli par la sonde dans la vessie. On renouvelle donc l'examen.

28 août 1907. — DEUXIÈME CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Le milieu vésical est beaucoup plus clair que précédemment. On obtient par le cathétérisme de l'uretère droit de très abondantes éjaculations d'urine limpide et pâle, d'aspect absolument normal ; mais dans une prise recueillie après 45 gr. d'écoulement, on trouve des leucocytes isolés ou en petits amas. Albumine très nette.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Faysse) :

	Urine totale	Urine droite
Urée par litre	16 gr. 75	5 gr. 45
Chlorures »	3 gr.	1 gr. 20
Phosphates , »	6 gr. 70	4 gr.

INOCULATION DES URINES DROITES. — Positive.

30 août 1907. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est très volumineux, quoique vidé en partie, il pèse encore 500 gr. Les lésions de périnéphrite sont peu marquées ; l'organe se laisse facilement décortiquer, sauf au pôle supérieur où il présente des adhérences. A la coupe, le rein est farci de grosses cavernes renfermant une grande quantité de pus. Les lésions d'urétérite sont très marquées.

4 septembre 1908. — Etat général mauvais : le poulx est à 130, filiforme ; la malade est dans un état de prostration avec diarrhée abondante, et meurt le 7 septembre.

AUTOPSIE. — Rien au cœur, ni aux poumons.

Tube digestif, foie gras, vésicule biliaire remplie de calculs.

Le rein droit paraît sain extérieurement ; sa capsule se décolle facilement. A la coupe, on découvre dans la substance

médullaire, trois granulations très nettes et un tubercule non ramolli. Pas d'autres lésions apparentes, rien au bassin.

OBSERVATION LX

Tuberculose rénale droite à forme hydronéphrotique. Cathétérisme urétéral. Epreuve du bleu de méthylène et de la glycosurie phloridzique. Néphrectomie lombaire. — Amélioration des symptômes cystiques.

M..., Jules, 28 ans, ajusteur, adressé par le D^r Fontanille (de St-Etienne), entre le 1^{er} août 1907, à l'Hôpital St-Joseph, salle St-Pierre, n° 2.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire. Personnellement, a eu une pleurésie à 18 ans ; il a été exempté de service militaire pour « bronchite spécifique ». A 25 ans, il a eu des hémoptysies.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant. Blennorrhagie : 0.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle aurait débuté à un an environ, et se serait manifestée par des phénomènes de cystite, douleur, pollakiurie, qui ont augmenté. Il y a deux mois, sont survenues des douleurs lombaires avec prédominance du côté droit. Depuis un mois les douleurs vésico-urétérales étant devenues intolérables, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

ÉTAT ACTUEL.

MICTIONS. — Le jour, toutes les heures ; la nuit, toutes les deux heures. La miction s'accompagne d'une douleur intense, à peine calmée la nuit par les suppositoires.

URINE. — Dépouillée, jaune ambrée, renfermant un disque épais d'albumine. Sucre : 0.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse) :

Examen direct — Pas de bacilles de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE. — Quantité d'urine nyctérinéale : 2 litres 100.

	Par litre	Par 24 heures
Urée..	12 gr. 16	25 gr. 53
Phosphates ..	2 g.	4 gr. 2
Chlorures....	6 gr. 65	13 gr. 45
Albumine....	0 gr. 50	1 gr. 05

URÈTHRE. — Libre.

VESSIE. — Capacité vésicale : 150 gr.

PROSTATE. — Normale.

REINS ET URETÈRE. — Non perçus.

TESTICULES. — Néant.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 75 kilogs. Le malade est pâle cependant. Rien au cœur, ni aux poumons.

19 août 1907. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral gauche est arrondi, se trouve sur une petite saillie, ce qui lui donne l'aspect d'un museau de tanche. L'orifice urétéral droit est infundibuliforme. A gauche, on obtient de l'urine jaune ambrée, colorée ensuite par du sang, renfermant des globules rouges, mais à peu près pas de globules blancs. A droite, l'urine est aussi jaune ambrée, mais plus pâle, et renferme en suspension de petits grumeaux qui sont constitués par de nombreux globules blancs.

ANALYSE CHIMIQUE.

		Urine tot.	Urine gauche	Urine dr.
Urée	par litre	20 gr. 81	18 gr. 91	13 gr. 51
Phosphates	—	4 gr.	3 gr. 20	2 gr. 20
Chlorures	—	5 gr.	9 gr. 50	4 gr. 20

INOCULATION DES URINES DU REIN DROIT. — Positive.

INOCULATION DES URINES DU REIN GAUCHE. — Négative.

15 octobre 1907. — Les symptômes vésicaux se sont un peu atténués ; l'état général est bon. Poids : 71 kilogs. Les reins ne sont pas perçus, mais un peu douloureux, surtout le droit.

Rien au cœur ni aux poumons.

URINE. — Disque d'albumine assez épais ; quelques globules rouges.

EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE. — Elimination non retardée, mais de faible intensité ; le bleu est souvent remplacé par son chromogène.

EPREUVE DE LA GLYCOSURIE PHLORYDRIQUE. — Injection de 4 cc

à 5/000. Elimination très intense dès la première heure, et complètement effectuée en 4 heures (5,543 de sucre).

22 octobre 1907. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SUS-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé est notablement augmenté de volume (poids : 250 gr.) ; il est légèrement bosselé, la surface est parsemée de nombreuses granulations. A la coupe, le tissu est parsemé de petites cavernes du volume d'une noisette. Le tissu qui présente encore l'aspect normal renferme des granulations et des tubercules. Bassinet très dilaté, à surface grenue, et présentant en son centre l'orifice en bourrelet cratériforme de l'uretère. En somme, il s'agit d'une forme hydronéphrotique.

8 décembre 1907. — Suites simples. Mais la cicatrisation de la plaie se fait lentement ; un peu de température le soir liée à une légère suppuration de la surface bourgeonnante.

2 avril 1908. — Le jour : 5 à 6 mictions ; la nuit, 6 à 8, toujours douloureuses. Urines encore purulentes. Plaie non fermée, mais en bon état. Bon état général.

27 mai 1908. — Douleur intense : pollakiurie, hématurie. Les urines sont toujours purulentes.

25 mars 1909. — Depuis mai 1908, amélioration du côté de la vessie ; en ce sens qu'il souffre en urinant, mais que la miction terminée, il ne souffre plus ; miction la nuit toutes les 2 heures ; le jour toutes les heures et demie. Urines légèrement hématuriques, beaucoup d'albumine, encore assez troubles. Cytologie : nombreux leucocytes et hématuries.

Cultures stériles.

Plaie avec fistule persistante. Rein gauche non perçu. Testicules : 0. Prostate : absolument normale. Du côté opéré et le long du flanc on sent un boudin dur, gros comme le pouce, un peu sensible, on se demande si ce n'est pas l'uretère et si la lésion urétérale n'est pas l'origine de la fistule persistante. (Si la fistule persistait on interviendrait sur l'uretère, mais le malade déclare qu'elle diminue). Etat général bon. Poids : 74 kilogs 700. On ne sent pas l'uretère par le toucher rectal.

Inoculation positive

OBSERVATION LXI

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Epreuve du bleu de méthylène et de la glycosurie phlorydzique. Néphrectomie lombaire. Mort (infractus à la base droite).

Ch... Eustache, 28 ans, cultivateur, adressé par le Dr Bugnon, de St-Etienne-de-St-Geoirs, entre à l'hôpital St-Joseph, le 20 août 1907, salle St-Pierre, n° 8.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler, soit au point de vue héréditaire, soit au point de vue personnel.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Blennorrhagie : 0. Manifestations lithiasiques : 0. A constaté quelquefois une légère hématurie terminale.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a 15 mois environ, le malade ressentit un peu de cuisson en urinant et s'aperçut que ses urines étaient troubles. En même temps, les mictions augmentaient de fréquence, jusqu'à se produire toutes les 30 minutes pendant la nuit. Le malade subit un traitement vésical qui n'a pas paru apporter une grande amélioration.

ÉTAT ACTUEL.

MICTIONS. — La nuit, 5 à 6 ; le jour, toutes les 2 ou 3 heures. La marche ou le transport en voiture en augmentent le nombre. La fin de la miction s'accompagne d'un peu de cuisson.

URINES. — Très purulente, renferme de l'albumine. Sucre : 0.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse) :

Examen direct. — Pas de bacilles de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE. — Quantité du nychtémère : 1.000 gr.

Urée.....	11 gr. 62	par litre
Phosphates	2 gr. 65	—
Chlorures	9 gr. 45	—
Albumine	0 gr. 40	—

VESSIE. — Capacité : 140 gr.

PROSTATE. — Néant.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche volumineux, fixé, un peu

douloureux depuis le début de la maladie. Rein droit un peu augmenté de volume et un peu douloureux, mais moins que le gauche.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Les deux orifices urétéraux ont un aspect normal. Le rein droit fournit à la sonde, en 10 minutes 45 gr. d'urine limpide, très pâle (polyurie), par éjaculations abondantes. Après ces 45 gr., une prise fournit un culot composé de cellules épithéliales, de cristaux, de quelques leucocytes isolés et en amas, mais pas d'hématies. Cette urine contient de l'albumine en quantité importante.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssse) :

		Urine totale	Urine droite
Urée	par litre	16 gr. 75	3 gr. 24
Chlorures	—	9 gr.	1 gr. 50
Phosphates	—	3 gr. 2	9 gr. 80
Albumine	—		0 gr. 30

Inoculation ne l'urine droite négative.

EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLENE. — Elimination non retardée, d'intensité assez forte, intermittente, avec très peu de chromogène.

EPREUVE DE LA GLYCOSURIE PHLORYDZIQUE. — L'élimination se fait pendant les quatre premières heures ; le sucre très abondant dès la première heure, n'existe plus à la quatrième heure qu'à l'état de traces.

ETAT GÉNÉRAL. — Très médiocre. Le malade a maigri de 12 à 13 kilogs. Rien au cœur, ni aux poumons. Poids : 50 gr.

Tension artérielle mesurée au sphygmomanomètre de Potain : 14.

22 octobre 1907. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein est très volumineux ; il pèse 445 gr. Il offre l'aspect typique de la pyonéphrose tuberculeuse, c'est-à-dire qu'il est transformé en plusieurs énormes cavernes dont certaines atteignent le volume d'une orange.

Après l'opération, le malade saigne. On le transporte de nouveau à la salle d'opération et on constate qu'un fragment du rein n'a pas été enlevé.

2 novembre 1907. — Le malade est dans un état de cachexie extrême, ne s'alimente pas. La température atteint 39°5. Localement la plaie est en bon état. A l'auscultation, foyer d'hépa-

tisation, à la base droite. Pouls très faible et incomptable. L'examen des urines montre une quantité d'albumine plus considérable qu'avant l'opération, beaucoup d'hématies, peu de leucocytes, pas de cylindres.

4 novembre. — Le malade meurt dans le marasme. La feuille d'autopsie a été égarée, mais M. Rafin déclare avoir trouvé à la base droite, un infarctus suppuré des plus nets. Le rein droit ne présentait pas de lésions tuberculeuses.

OBSERVATION LXII

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Impossibilité de pratiquer le cathétérisme urétéral ou la séparation. Incision exploratrice lombaire droite. Néphrectomie gauche.— Amélioration considérable de l'état général et local. Inoculation un an et sept mois après l'opération.

Mme B..., 38 ans, entre à l'hôpital St-Joseph, le 17 octobre 1907, salle Ste-Thérèse, n° 4.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX ET SPÉCIAUX. — Rien à signaler.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection a débuté en avril 1906 par une cystite très violente et des phénomènes de péritonisme ayant duré 48 heures ; en même temps les urines devenaient troubles. Un traitement local amenda ces symptômes, mais la pollakiurie et la fréquence des mictions ont persisté. Divers examens successifs ayant permis de constater la présence de bacilles de Koch dans les urines, la malade entre à l'hôpital.

ÉTAT ACTUEL.

MICTIONS. — La malade urine presque constamment et éprouve des douleurs très vives au moment des mictions.

URINE. — Louche, sanglante.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse) :

Examen direct : très nombreux leucocytes.

Nombreuses hématuries.

Bacilles de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE. — Quantité du nyctémère : 900 cc.

	Par litre	Par 24 heures
Urée	14 gr. 58	13 gr. 12
Phosphates	1 gr. 46	1 gr. 32
Chlorures	4 gr. 85	4 gr. 36
Albumine	0 gr. 60	0 gr. 54

VESSIE. — Capacité vésicale : nulle.

CYSTOSCOPIE. — Sous l'influence de l'anesthésie, la capacité s'élève à 30 ou 40 gr. A l'examen cystoscopique, l'orifice urétéral droit vu sur une saillie paraît à peu près normale : on le cathétérise, mais la sonde bute immédiatement, et ne peut être introduite davantage. L'orifice urétéral gauche est déprimé : la sonde pénètre, mais on ne peut mesurer la longueur de la partie introduite, en raison du trouble vésical, et malgré une heure d'attente, on n'obtient pas une goutte d'urine.

REINS. — Rein gauche perceptible, légèrement augmenté de volume. Rein droit : 0. On ne sent pas les uretères, mais la vessie est douloureuse sur toute la surface. Réflexe pyélo-vésical, la malade a d'ailleurs toujours souffert du côté gauche, même dans la vessie.

ETAT GÉNÉRAL. — Très bon. Pas d'amaigrissement. Appétit conservé. Rien au cœur, ni aux poumons.

EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE. — Elimination retardée de demi-heure, de faible intensité, ne donnant pas de chromogène, et ne durant que 18 heures.

19 novembre 1907. — INTERVENTION.

A. INCISION LOMBAIRE EXPLORATRICE DROITE. — On amène péniblement le pôle inférieur du rein entre les lèvres de la plaie. Ce pôle est décapsulé, et le tissu rénal sous-jacent apparaît normal ; on ne sent pas de dilatation au niveau du bassinet. La consistance du rein est normale.

B. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est de forme globuleuse, peu augmenté de volume ; il pèse 165 grammes et présente un gros abcès saillant. A la coupe, il renferme des cavernes de moyennes dimensions remplies de caséum granuleux et assez consistant. Autour du bassinet qui est envahi par la dégénérescence fibro-lipomateuse, il persiste une petite quantité de substance rénale d'aspect macroscopiquement sain. L'uretère est rétracté, dur, épais, et à

la section donne issue à du caséum qui se trouve dès sa lumière.

20 décembre 1907. — Suites simples. Plaie presque complètement cicatrisée, avec un très petit trajet fistuleux. Etat général nettement amélioré. Les urines ont un aspect de polysurie-trouble et renferment un disque très net d'albumine.

MICTIONS ET DYSURIE. — Améliorées.

6 mars 1908. — Plaie complètement cicatrisée le 11 février, mais avec une éventration à ce niveau. Etat général excellent.

MICTIONS. — Environ toutes les 45 minutes, moins douloureuses.

URINE louche et sanglante renfermant encore des globules blancs et des globules rouges.

11 juillet 1908. — Etat général toujours excellent.

MICTIONS. — Indolores, conservent la même fréquence.

URINE moins purulente, mais hématique.

Inoculation négative.

13 avril 1909. (lettre de son mari, médecin à X...) :

ETAT GÉNÉRAL. — Très bon. Bon appétit. Poids : 54 kilogs 470.

MICTIONS. — La nuit, 8 à 10 ; le jour, 12 à 15.

URINE. — Trouble et pâle, parfois hématique.

OBSERVATION LXIII

Tuberculose rénale droite à forme pyonéphrotique avec lithiale. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Broncho-pneumonie post-opératoire. — Guérison constatée un an et trois mois après l'intervention. Inoculation négative.

D... François, 47 ans, entre Salle Saint-Pierre, n° 12, le 2 décembre 1907.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire ou personnel.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — N'a jamais eu de blennorrhagie ; jamais de manifestations lithiasiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Le malade fait remonter le début de son affection à l'âge de 13 ans : au cours d'une

marche forcée de 4 jours, apparut une hématurie qui dura pendant ces 4 jours ; elle était peu abondante, mais cependant totale. Ces hématuries se renouvelèrent tous les ans, sauf une année, au moment des gros travaux des champs, et sans que, pour cela, le malade interrompit ses occupations. Ces hématuries persistent jusqu'en 1904, époque à laquelle il fait un premier séjour à Saint-Joseph. Une inoculation des urines faite à ce moment par M. Mérieux fut positive. Le malade partit pour la campagne, puis fit un séjour de 10 mois dans un autre service hospitalier. Mais les douleurs lombaires qui se réduisaient auparavant à une sensation de lassitude, ayant pris depuis 4 ou 5 mois un caractère aigu, surtout au niveau du rein droit, le malade revient.

ETAT ACTUEL :

MICTIONS. — Le jour, toutes les heures et demie ; la nuit, toutes les deux heures. Pendant le travail, le besoin d'uriner survient toutes les 30 minutes. La douleur qui accompagne la miction est très variable : nulle à certains moments, elle atteint à d'autres, au contraire, une intensité extrême.

URINE. — Franchement purulente, devenant un peu plus claire quelquefois pendant 5 à 6 jours, ne renfermant pas de sucre.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE (Fayse).

Examen direct : très nombreux globules blancs. Pas de bacilles de Koch. Quelques cocci.

Cultures : donnant du staphylocoque.

Inoculation négative.

EXAMEN CHIMIQUE. — Quantité nyctémérale : 2.350 cc. Le malade est donc polyurique : ce chiffre a d'ailleurs été plus considérable. En 1904, il a atteint 5 litres.

	Par litre	Par 24 heures
Urée	12 gr. 16	28 gr. 57
Phosphates	1 gr. 17	2 gr. 74
Chlorures	3 gr. 10	7 gr. 28
Chlorures	3 gr. 40	0 gr. 94

URÈTHRE. — Libre.

VESSIE. — Capacité : 310 gr.

PROSTATE. — Normale.

REINS ET URETÈRES. — A la palpation, les reins ne sont ni perçus, ni douloureux.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 69 kilogs 500. Rien au cœur ni aux poumons. Pression artérielle : 18.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL GAUCHE. — La sonde est enfoncée de 3 à 4 centimètres dans l'orifice urétéral gauche qui paraît normal. On obtient ainsi une première prise de 3 cmc d'urine d'une limpidité absolue, ne renfermant pas d'albumine ni de globules blancs. L'urine devient ensuite hématurique. La prise par inoculation a été faite après 12 à 15 grammes d'écoulement. Le liquide recueilli dans la vessie après la cystoscopie est manifestement trouble et purulent.

INOCULATION DE L'URINE GAUCHE. — Négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssse).

		Urine totale	Urine gauche
Urée	par litre	15 gr. 40	14 gr. 05
Phosphates	—	2 gr. 05	2 gr. 15
Chlorures	—	5 gr. 50	5 gr.

17 décembre 1907. — INTERVENTION NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — A noter que l'espace costo-iliaque étant très réduit par suite de l'existence d'une douzième côte longue, large, on est obligé de réséquer cette dernière sur une étendue de 6 centimètres. C'est le seul de nos cas où cette résection ait été pratiquée.

Le rein enlevé pèse 155 grammes. Extérieurement, il ne présente rien d'anormal, sauf une mollesse excessive à la palpation. Pendant l'intervention, il s'est crevé en un point donnant issue à une assez grande quantité d'urine purulente. A la coupe, on constate tout d'abord l'existence d'un calcul brisé, coralliforme, siégeant dans le bassinet. Le calcul enlevé, le rein a un aspect typique de pyonéphrose, avec réduction excessive du parenchyme dont l'épaisseur est réduite à 1 centimètre.

On ne trouve pas tout d'abord de lésions tuberculeuses, mais une recherche minutieuse finit par déceler deux ou trois granulations jaunâtres. Le bassinet est extrêmement dilaté, présente un état velvétique, piqueté, transparent, de sa muqueuse.

L'examen histologique des granulations (Fayssse), en montrant qu'elles étaient formées de cellules géantes et de points de désintégration, démontre parfaitement la nature tuberculeuse des lésions, quoique l'inoculation du liquide purulent que renfermait le rein ait été négative, de même que l'inoculation avec un fragment du rein et de l'uretère.

Le calcul est constitué par un mélange de phosphate ammoniac-magnésien, surtout de phosphate tribasique de chaux. Forme du calcul : Poids du calcul :

23 décembre 1907. — Le malade a eu des complications pulmonaires qui ont été assez alarmantes consistant en un foyer d'hépatisation à la base gauche (côté opposé), et en des phénomènes de bronchite généralisée dans toute la hauteur du poumon droit, avec cyanose, affaiblissement du pouls.

4 janvier 1908. — Les symptômes ont disparu.

13 août 1908. — Etat général excellent. Poids : 72 kilogs 400. Plaie fermée depuis le 28 mars, avec un peu d'éventration. Mictions : la nuit 2 à 3 ; le jour, 6 à 7. L'urine est limpide, ne renferme pas d'albumine.

1^{er} avril 1909. — Etat général bon, mais pas très gras. Poids : 65 kilogs (le malade fait un travail pénible). Bon appétit. Mictions : la nuit, 2 ; le jour, 6 à 7. Quantité d'urine. Urine limpide, ne renfermant pas d'albumine.

Prostate, testicules : 0.

Inoculation négative.

OBSERVATION LXIV

Tuberculose rénale peut-être bilatérale. Pyonéphrose gauche énorme avec rétention rénale intermittente. Affaiblissement notable de l'état général. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Etat stationnaire. Inoculation positive neuf mois après l'intervention.

Mlle B... Augustine, 30 ans, lingère, est adressée à l'hôpital, le 7 novembre 1907, par le docteur Verrière.

ANTÉCÉDENTE GÉNÉRAUX. — Rien dans les antécédents héréditaires. En ligne collatérale, un frère de la malade est mort à 23 ans de tuberculose pulmonaire. Personnellement, pas de maladies tuberculeuses. Menstruation à 14 ans, régulière depuis.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Rien à signaler.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En janvier 1907, la malade fut atteinte d'une infection grippale, et s'aperçut alors que les mictions augmentaient de fréquence et devenaient impérieuses en même temps que ses urines étaient troubles. Au

mois de juillet, sont apparus des accès de coliques néphrétiques gauches, irradiées dans la vessie, s'accompagnant d'anurie, et se terminant par une débâcle urinaire purulente. L'intensité de ces symptômes augmentant la malade entre à l'hôpital.

ETAT ACTUEL :

MICTION. — Le jour, toutes les heures et demie ; la nuit, 3 à 4. La miction s'accompagne d'une douleur très vive.

URINE. — Très purulente, sans odeur, réaction acide ; a renfermé quelquefois des grumeaux, des débris plus ou moins sanglants.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Faysse).

Examen direct : pas de bacilles de Koch, cocci.

Cultures : donnant du staphylocoque.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE. — Quantité du nyctémère : 1.400 centig.

	Par litre	Par 24 heures
Urée	13 gr. 22	18 gr. 50
Phosphates	1 gr. 56	2 gr. 18
Chlorures	4 gr. 80	6 gr. 72

VESSIE. — Capacité : 80 gr.

REINS ET URETÈRES. — Rein droit ni douloureux, ni perceptible. Le rein gauche parfois est très volumineux ; d'autres fois, on ne constate qu'une dépressibilité moindre de la région.

12 novembre 1907. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL.

— L'orifice urétéral droit situé sur un petit museau de tanche est normal. Aussitôt la sonde est introduite, il se produit de grandes éjaculations : l'urine ainsi obtenue est pâle, louche, renferme de nombreux leucocytes. Les deux prises suivantes contiennent des hématies et des leucocytes en quantité infiniment moindre que la première prise, mais leur proportion par rapport aux globules rouges est un peu plus grande cependant que dans le sang normal. Après 20 grammes d'écoulement, l'urine devient beaucoup plus ambrée.

INOCULATION AVEC LA PREMIÈRE PRISE. — Positive.

INOCULATION AVEC LA DERNIÈRE PRISE (c'est-à-dire après 25 gr. d'écoulement). — Négative.

ANALYSE CHIMIQUE :

		Urine totale	Urine droite
Urée	par litre	4 gr. 32	8 gr. 37
Phosphates	—	0 gr. 95	2 gr. 40
Chlorures	—	5 gr. 50	8 gr. 50

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Cependant, depuis le début de l'affection, la malade accuse un amaigrissement de 4 à 5 kilogs. Perte de l'appétit. Rien au cœur. Aux poumons, légère submatité, diminution du murmure vésiculaire au sommet gauche ; rien à droite.

3 janvier 1908. — INTERVENTION NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est volumineux (poids : 225 gr.). Il adhère fortement avec la capsule graisseuse au niveau de son pôle supérieur. Le pôle inférieur a une coloration pâle. A la coupe, on trouve au niveau du pôle supérieur une cavérne ayant les dimensions d'une noisette ; le pôle inférieur est le siège d'un abcès volumineux rempli de pus, et renfermant 2 ou 3 petites crétifications. La surface des pyramides est parsemée de granulations. Le bassin est légèrement dilaté. Urètre peu atteint. Le pus rénal renferme de très nombreux globules blancs plus ou moins altérés ; les cultures donnent du staphylocoque.

12 janvier 1908. — Les douleurs et la fréquence des mictions ont à peu près disparu. Miction : la nuit, 3 ; le jour, 4.

28 janvier 1908. — Etat général assez bon. Appétit médiocre. Mictions : la nuit, 5 ; le jour, 6. Douleur nulle. Urine encore très trouble. Du côté de la plaie, il persiste une fistule.

16 mars 1908. — Etat général bon ; bon appétit ; la malade a engraisé de 2 ou 3 kilogs. Mictions un peu douloureuses : la nuit, 8 ; le jour, toutes les 30 minutes. Urines troubles, hématuriques, surtout le soir.

13 avril 1908. — Etat général très bon. Plaie complètement cicatrisée. Urine moyennement trouble, avec un disque d'albumine très net. Mictions : indolore, mais fréquente (toutes les 30 minutes).

6 mai 1908. — Même état général. Urine pâle renfermant toujours de l'albumine (un peu de sang au milieu du jour). Capacité vésicale : 60 à 70 gr. Miction : la nuit, toutes les heures ; le jour, varie de 15 minutes à 1 heure et demie. Miction indolore.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE.

Examen direct : très nombreux globules blancs. Nombreux globules rouges. Quelques cellules épithéliales.

Cultures stériles.

Inoculation négative.

2 Avril 1909. — ETAT GÉNÉRAL excellent. Poids: 64 kg. Bon appétit.

MICTIONS. — La nuit, couchée à huit heures du soir, est réveillée à deux heures du matin par le besoin d'uriner; puis de deux heures du matin jusqu'à six heures du matin, urine toutes les demi-heures; d'autres fois, c'est le contraire. Le jour, quelquefois peut rester une heure et demie sans uriner; d'autres fois, urine toutes les quinze minutes. Pas de dysurie.

VESSIE. — Capacité: 40 gr. Cystoscopie: la paroi supérieure de la vessie est saine, la région du trigone ne présente rien d'anormal; mais le muscle intëurétral et la zone située en arrière sont au contraire extrêmement congestionnée, peut être plus à gauche qu'à droite. il semble que l'orifice urétral droit soit représenté par une saillie blanchâtre, nacrée, d'aspect cicatriciel. A gauche, on voit une petite dépression bordée en arrière par une saillie semi-lunaire, c'est probablement l'orifice urétral correspondant.

TOUCHER VAGINAL. — On sent le muscle inter-urétral induré, et l'urètre gauche au niveau duquel on provoque un peu de douleur.

URINES. — Peu trouble, quelquefois hématiche. Albumine: quantité modérée. Au microscope: nombreux leucocytes, quelques hématies. Cultures stériles. Inoculation positive.

OBSERVATION LXV

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Cathélerisme urétral. Néphrectomie lombaire. — Amélioration de l'état général. Inoculation positive dix mois après.

A... Régis, 43 ans, cultivateur, envoyé par le docteur Fontanille, salle Saint-Pierre, n° 17, entre à l'hôpital, le 12 novembre 1907.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Mère morte probablement brightique. Père vivant et bien portant. Personnellement, pleurésie à l'âge de 17 ans. A 25 ans, début d'une affection osseuse de la hanche droite caractérisée par de la gêne des mouvements,

de la claudication, un abcès qui se serait ensuite ouvert et aurait nécessité une intervention ; la guérison a demandé 17 mois, s'est faite après l'expulsion d'une esquille. Ethylisme très net ayant provoqué des symptômes gastriques.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Coliques néphrétiques : 0. Le malade n'a jamais expulsé de sables ou de graviers. Bleinnorrhagie il y a 13 ans, ayant duré 18 mois, et s'étant accompagnée d'hématuries et d'orchite double.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — C'est à cette bleinnorrhagie que le malade fait remonter le début de son affection. Les mictions étaient devenues douloureuses, impérieuses, s'accompagnant d'hématurie terminale. Le traitement antiblennorrhagien a amélioré cet état ; mais le malade ayant repris ses occupations, les mêmes phénomènes ont reparu et empiré. Il y a un mois, sans cause appréciable, hématurie ayant duré 4 ou 5 heures, d'une valeur d'un demi-litre, et qui s'est reproduite 48 heures après.

ÉTAT ACTUEL :

MICTIONS. — Le jour, 10 à 15 ; la nuit, 10 à 15. S'accompagne de douleur d'intensité variable.

URINE. — Franchement trouble, de réaction acide, renfermant un disque moyen d'albumine. Sucre : 0.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE. — Examen direct. Très nombreux globules blancs, dont quelques-uns en amas. Pas de bacilles de Koch. Cocci.

Cultures : donnant du staphylocoque.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité vésicale : 100 gr.

PROSTATE. — Prostate de dimension moyenne, mais de consistance inégale ; les lobes et les sillons sont nettement marqués. Le lobe gauche est un peu moins gros et renferme un noyau induré. La vésicule séminale droite est plus petite que la gauche. La prostate est évidemment envahie.

REINS. — Non perceptibles.

TESTICULES, ÉPIDIDYMES ET CORDON. — Le testicule droit est induré, augmenté de volume, atteint les dimensions d'un œuf ; mais il a conservé sa forme générale. L'épididyme droit présente deux noyaux indurés, l'un à la tête, l'autre à la queue, reliés par un pont de tissu normal. A gauche, on note une induration totale de l'épididyme. Canal déférent normal.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 70 kilogs. Pas d'amaigrissement. Rien au cœur, ni aux poumons. Tension artérielle : 14.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral droit paraît un peu dilaté. Le gauche a ses bords d'aspect un peu irrégulier. A droite, la sonde, enfoncée de 3 ou 4 centimètres, donne d'abord de l'urine jaune ambrée, limpide, renfermant quelques globules rouges, de rares globules blancs ; une deuxième prise renferme de nombreuses cellules épithéliales, quelques leucocytes isolés et d'autres assemblés de manière à former deux petits amas. Une troisième prise renferme enfin de rares globules blancs, de rares hématies, cependant un peu d'albumine. Prise pour inoculation recueillie après 15 gr. d'écoulement.

A gauche, la sonde pénètre de 5 millimètres, mais bute, ne peut cheminer davantage.

ANALYSE CHIMIQUE :

		Urine totale	Urine droite
Urée	, par litre	21 gr. 89	23 gr. 78
Phosphates	—	2 gr. 80	3 gr. 10
Chlorures	—	7 gr. 95	9 gr. 50
Albumine	—		0 gr. 25

INOCULATION DE L'URINE DROITE. — Négative.

9 janvier 1908. — CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Même résultat, même impossibilité de cathétérisme l'uretère gauche. La chromatocystoscopie (Wecker et Joseph) montre que, par le rein droit, l'élimination débute au bout de 10 minutes d'une façon intense.

14 janvier 1908. — INTERVENTION NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est un rein atrophié, rétracté, qui ne pèse que 35 grammes. A la coupe, la substance rénale a complètement disparu, faisant place à du tissu de dégénérescence fibro-lipomateuse, et à des cavernes, dont l'une est remplie de caséum, épais et filant. L'orifice de l'uretère a disparu, ce conduit étant probablement oblitéré par la sclérose. Le pus inoculé à un cobaye lui a communiqué la tuberculose.

25 janvier 1908. — Suites simples.

1^{er} mars 1908. — Le malade quitte l'hôpital.

23 mars 1909. — ETAT GÉNÉRAL. — Très bon. Poids : 74 kilogs 900.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Très bon. Poids 74 kilogs 900.

MICTIONS. — 7 à 8 la nuit, 10 le jour. Douleur, parfois assez vive. Pas de sang.

PROSTATE ET VÉSICULES. — Comme précédemment.

TESTICULES. — Droit, a diminué, gauche a augmenté ; noyau comme séparé du testicule en haut, en a souffert l'été dernier après des fatigues.

PLAIE s'est fermée en avril 1909. Elle s'est réouverte un peu, pendant 3 ou 4 jours, en juillet 1908, puis s'est fermée définitivement. La cicatrice est solide.

URINE limpide, petits filaments ; albumine, 0.20 cent. par litre. Cytologie. Globules rouges et globules blancs. Globules blancs peu nombreux, assez nombreuses hématies.

INOCULATION POSITIVE.

Le nombre des hématies n'explique peut-être pas suffisamment la présence de l'albumine ; il y a lieu de se demander s'il n'y aurait pas de l'autre côté un peu de néphrite.

OBSERVATION LXVI

Tuberculose rénale gauche à forme caverneuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Amélioration de l'état général et local.

L..., charcutier, envoyé par le docteur Bonier (de Saint-Julien-en-Genevois), entre à l'hôpital Saint-Joseph le 16 janvier 1908.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES OU COLLATÉRAUX. — Père mort cardiaque à 73 ans ; mère morte d'affection indéterminée. Deux frères morts de bacillose pulmonaire.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde à 20 ans. Syphilis à 22 ans. Marié à 27 ans, sa femme se porte bien, n'a pas eu de fausse couche, deux enfants en bonne santé.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Le malade n'a jamais uriné de sables ou de graviers ; n'a jamais eu de coliques néphrétiques. Première blennorrhagie à 22 ans, d'une durée de trois à quatre

mois, s'est accompagnée d'une orchite, mais ni de cystite, ni d'hématurie.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Le malade fait remonter le début de son affection à une année : il constata à ce moment un léger affaiblissement de son état général en même temps qu'un léger degré de pollakiurie et de douleur à la miction. Un médecin consulté constata la présence d'albumine dans les urines et prescrivit le régime lacté. Ce traitement n'ayant eu aucun résultat, le malade consulte le docteur Bonier, qui fait faire l'examen bactériologique des urines, dans lesquelles on trouve du bacille de Koch. C'est alors que le malade entre à Saint-Joseph. Ces deux derniers jours il a eu des hématuries terminales.

Etat actuel :

MCTIONS. — La nuit, toutes les deux heures ; le jour, toutes les heures ou toutes les demi-heures. Douleurs assez intenses à la fin de la miction.

URINE. — Franchement purulente, renfermant de l'albumine.

VESSIE. — Capacité = 180 gr.

PROSTATE. — Plate, un peu inégale.

TESTICULES = 0.

REINS ET URETÈRES. — Non perceptibles. La palpation ne dénote aucun point douloureux. Le malade accuse seulement de temps en temps une sensation de lumbago, sans prédominance marquée à droite ou à gauche.

ETAT GÉNÉRAL. — médiocre : poids = 77 kgr.

CYSTOSCOPIE, CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral droit est normal ; le gauche est un peu rouge, légèrement saillant. La sonde est introduite de 4 à 5 cm dans l'uretère droit, dès le début, il apparaît un peu de sang qui augmente de plus en plus dans les quatre prises successives qui sont faites. Après un écoulement de 2 cmc, une goutte d'urine examinée au microscope renferme de nombreux globules rouges, mais pas de globules blancs.

La centrifugation n'a pas été faite, à cause du sang.

Le lavage a été très prolongé ; mais il a été impossible d'arriver à une clarification complète du milieu vésical, à cause des décharges purulentes fournies par le rein gauche.

Les examens des urines ont donné le résultat suivant :

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Cultures aérobies et anaérobies : stériles.

Inoculation au cobaye avec les urines totales, positive.

Quatre inoculations au cobaye avec les urines droites : négatives.
ANALYSE CHIMIQUE (Mérieux).

	Urine Totale	Urine Droite
Urée.....	10 gr. 46 par litre	16 gr. 98 par litre
Chlorures.....	7 gr. 08 —	8 gr. 66 —
Phosphates.....	0 gr. 91 —	0 gr. 40 —
Albumine	0 gr. 70 —	présence du sang.

18 Janvier 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECOTMIE LOMBAIRE
SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE.

Le rein enlevé pèse 145 gr. Il s'agit d'une forme caverneuse. Extérieurement, il est bosselé, mais diffère peu d'un rein normal sauf quelques granulations très nettes siégeant au niveau du pôle supérieur. A la coupe, la substance nérale n'est pas diminuée, mais présente de nombreuses granulations et une caverne au pôle supérieur.

29 Janvier 1908 — suite simples. Un peu de rougeur et de suppuration de la plaie qui a amené un peu d'hyperthermie. Mais l'état général est bon, ainsi que l'appétit. Les urines sont encore louches et renferment des traces d'albumine. Il persiste un peu de douleur en urinant

15 Mars. — Exeat.

27 Mai 1908. — Etat général excellent. Urine très améliorée.

Un peu de douleur persiste. Poids = 78 kgr.

22 Octobre 1908. — Etat général, très bon. Poids = 80 kgr.

Miction : toutes les deux à trois heures le jour ; la nuit, deux à trois heures.

Un peu de brûlure en urinant s'il se fatigue. Urine limpide, inoculation négative, pas d'albumine, quelques leucocytes et hématies, plaie incomplètement cicatrisée.

Déclare ne s'être jamais si bien porté.

20 Mars 1909. — L'état est le même. La plaie n'est pas complètement cicatrisée. Il persiste une fistule.
Inoculation.

OBSERVATION LXVII

Tuberculose rénale droite à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Amélioration de l'état général. Tuberculose testiculaire ayant nécessité une épидидymectomie.— Inoculation négative cinq mois après.

R... Claude, 28 ans, entre dans le service le 13 Janvier 1908, salle Saint-Pierre, n° 13.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien dans les antécédents héréditaires. Personnellement, pleurésie il y a 7 à 8 ans, arthrite du genou droit ayant duré 3 ou 4 ans. Kératite interstitielle il y a 4 ans. Marié, un enfant de 3 ans, bien portant.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Rien à signaler.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a 5 ans, sans prodromes, pendant une nuit, le malade eut une hématurie avec de la douleur à la miction; il lui resta un certain degré de pollakiurie, et les urines restèrent un peu louches. En Novembre 1906, douleurs lombaires siégeant du côté droit et se manifestant par une sensation de pesanteur. Un mois après, le malade présente au niveau du scrotum un abcès qui aurait disparu au bout de 4 ou 5 jours. Depuis le 16 Juillet 1907, présente une induration au niveau de l'urèthre.

Etat actuel :

MICIONS. — Le jour, 8 à 12; la nuit, 1. La miction s'accompagne d'une légère cuisson.

URINE. — Modérément trouble, de réaction acide, renferme un peu d'albumine. Cultures stériles. Inoculation positive.

URÈTHRE. — On sent au niveau de la face inférieure du pénis, en avant du scrotum, une petite masse indurée de la grosseur d'une noisette, profondément adhérente, et dont la pression amène une goutte de pus au méat.

VESSIE. — Capacité = 250 gr.

PROSTATE = Normale.

TESTICULES ET EPIDIDYMES = Néant.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche non perçu. On sent peut-être un peu le pôle inférieur du rein droit.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Pas d'amaigrissement : Poids = 61 kgr. Rien au cœur ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral droit rouge et irrégulier avec un petit filament purulent ; orifice urétéral gauche absolument normal. On cathétérise l'uretère gauche : l'urine sort par éjaculations très nettes ; la première prise est jaune ambrée, limpide, ne renferme ni albumine, ni sang, ni pus ; la deuxième renferme quelques cellules épithéliales et un ou deux leucocytes.

Inoculation de l'urine droite :

Prise faite après 45 gr. d'écoulement	} négative.
— — 80 gr. —	

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Faysse) :

	Urine totale	Urine gauche
Urée.....	11 gr. 35 par litre	15 gr. 40 par litre.
Phosphates..	1 gr. 40 —	2 gr. 80 —
Chlorures....	5 gr. 50 —	9 gr. 50 —

Le malade a été opéré par son médecin à Mâcon pour un abcès pénien (folliculité tuberculeuse), Il persiste une fistulette

7 Mars 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIPE EXTRA-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé pèse 296 gr. Il est volumineux, allongé surtout dans le sens vertical, bosselé, particulièrement au niveau de son pôle supérieur. Il n'y a pas de périnéphrite ; la capsule propre se décortique facilement. L'aspect extérieur de la substance rénale est normal, mais en certains points on voit des granulations presque confluentes.

A la coupe : au pôle supérieur, il existe 2 ou 3 abcès du volume d'une noix renfermant un pus crémeux ; à ce niveau, le parenchyme est réduit à une coque mince ; au-dessous, on trouve quelques cavernes et quelques granulations. Le bassinnet présente sur toute sa surface un aspect velvétique ; la dégénérescence fibro-lipomateuse est très accusée tout autour. L'uretère a le volume de l'index, les parois sont extrêmement épaissies, il est enveloppé d'une gangue graisseuse abondante,

18 Mars 1908. — Suites très simples. Plaie incomplètement fermée.

Mictions : le jour, 8 ; la nuit, 1 ; encore un peu de douleur. Etat général satisfaisant. Urine modérément trouble. La folliculité pénitienne n'est pas encore cicatrisée.

7 Mai 1908. — Etat général assez bon ; a engraisé de 2 kgs. Urine presque limpide, renfermant quelques points blancs en suspension, mais sans albumine. Plaie non cicatrisée. Induration de l'épididyme droit sans tendance apparente à la suppuration, datant de un mois et demi. Prostate : 0. Vésicule séminale droite, grosse et indurée.

25 Juillet 1908. — Urine limpide, ne renfermant ni albumine ni globules de pus. Inoculation négative.

16 Octobre 1908. — Urine limpide. Miction : 2 à 3 nuit et jour. Plus de douleur. Testicule gauche normal ; à droite, l'épididymite est très volumineuse et s'est fistulisée. Prostate normale ; vésicule droite un peu grosse.

22 Octobre 1908. — Epididymectomie droite.

18 Février 1909. — Poids = 71 kgs. Miction : la nuit, 1 ; le jour, 5 à 6. Urine parfaitement limpide. Le testicule droit présente 2 ou 3 fistulettes et une grosse masse comme si on n'avait pas enlevé l'épididyme. Vésicule séminale droite augmentée de volume.

2 Mars 1909. — Deuxième intervention sur l'épididyme. L'induration est due à la formation de noyaux caséo-fibreux.

OBSERVATION LXVIII

Tuberculose rénale droite à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Amélioration considérable de l'état général et local. — Inoculation positive dix mois après.

M^{me} B., envoyée par le Docteur Thiers de Valence, est vue pour la première fois le 10 Mars 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais d'hématurie, ni de manifestations lithiasiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — La malade fait remonter le début de son affection à une gastro-entérite, qu'elle avait eu en Août 1906, pendant laquelle elle éprouva un peu de douleur à la miction et de pollakiurie ; ces phénomènes eurent une durée de 15 jours à 3 semaines. En Septembre 1907, les

mêmes symptômes le reproduisent, mais avec moins d'intensité. En Décembre 1907, apparaissent alors des besoins excessivement fréquents, la malade pouvant à peine retenir les urines, et des douleurs après la miction. Jamais de douleurs rénales.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 6 (autrefois 2); le jour, le besoin est constant; le malade peut à peine attendre 30 m. La marche augmente encore cette pollakiurie.

URINE — Trouble, franchement purulente. Quantité en 24 heures : 1500 gr.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Examen direct : B. de Koch; pas d'autres micro-organismes.
Cultures stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 20 gr.

UTÉRUS ET ANNEXES. — Rien à signaler.

REINS ET URETÈRES — Le rein gauche n'est ni douloureux, ni perceptible. Le rein droit est abaissé et volumineux. Les uretères ne sont pas perçus par le toucher, mais le réflexe urétéro-vésical est plus marqué à droite.

ETAT GÉNÉRAL. — Passable, a maigri. Poids = 52 kgr. Rien au cœur, ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral gauche est absolument normal; le droit est déprimé, entouré de plaques rouges et de traînées purulentes. Le cathétérisme de l'uretère gauche fournit de l'urine limpide, jaune ambrée, ne renfermant pas d'albumine; une 2^e prise examinée au microscope après centrifugation, renferme de nombreux globules rouges et de rares globules blancs en proportion cependant un peu plus grande que dans le sang. La 10^e prise faite après 80 gr. d'écoulement et diminue provoquée est pâle et louche, la centrifugation donne un culot constitué par une hématie et 2 ou 3 polymorphonucléaires.

On fait 3 inoculations (en série) avec les urines du rein gauche. (Mérieux).

Inoculation avec la 3^e prise : Le cobaye présente une très légère hypertrophie ganglionnaire : à l'autopsie par de bacilles de Koch dans le ganglion qui est à peine purulent : pas d'indur-

ration au point d'inoculation : pas de traces de tubercules à la rate ou autres organes.

Inoculation avec la 7^e prise : négative.

Inoculation avec la 11^e prise : soumis à l'épreuve de la tuberculine qui a été négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Mérieux).

	Urine totale	Urine droite
Urée.....	18 gr. 55 par litre	29 gr. 25 par litre
Chlorures....	5 gr. 26 »	6 gr. 73 »
Phosphates..	2 gr. 25 »	1 gr. 98 »

28 Mars 1909. — INTERVENTION. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé est volumineux surtout au niveau de son pôle inférieur. Il pèse 275 gr. Il y a des lésions nettes de périnéphrite ; la capsule est très adhérente. Après son ablation, on constate que la surface du rein est recouverte de granulations, les unes isolées, les autres organisées pour former une large plaque blanc-grisâtre. La coupe donne issue à une certaine quantité d'urine peu purulente on constate, au niveau de la moitié supérieure que le parenchyme rénal est parsemé de granulations ; présence de la dégénérescence fibro-lipomateuse. Au niveau du pôle inférieur, il existe deux cavernes, l'une du volume d'une noix, l'autre plus petite, à parois épaisses. L'urètre est manifestement envahi, avec des parois moyennement indurées.

31 Mars. — Suites simples. La miction est très améliorée : la malade a pu rester deux heures sans uriner et la miction n'est pas douloureuse.

9 Mai. — Plaie réduite à une fistule. Bon état général.

21 Mai. — Même état de la plaie. Miction : la nuit, 5 ; le jour, les intervalles entre deux mictions varient de 15 minutes à 2 heures ; douleur intermittente. Urine encore louche, renferme une quantité modérée d'albumine.

7 Janvier 1909. — Plaie fermée depuis le commencement de Septembre dernier. Etat général excellent. Poids = 58 kgr. Urine limpide, dont le culot de centrifugation ne renferme pas de pus. Albumine néant. Capacité vésicale = 120. Mictions : Variables, la malade peut attendre 2 heures. — Plus de douleur en urinant, mais quelque fois une sensation douloureuse en dehors de la miction.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux). — Examen direct, ni bacilles de Koch, ni autres micro-organismes.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

OBSERVATION LXIX

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Phlébite gauche. Amélioration considérable de l'état général et local. — Guérison constatée (inoculation négative) un an après l'intervention.

Mme G..., 30 ans, entre le 28 Mars 1908, salle Ste-Marie n°2.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant. Jamais de manifestations lithiasiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'été dernier, la malade a présenté de la pollakiurie, et de la douleur en urinant et constante au niveau de la vessie. Puis tout rentre dans l'ordre jusqu'au janvier dernier où les mictions fréquentes, presque sans intervalles pendant le jour, reparaissent. Depuis 15 jours, douleurs au niveau du rein gauche.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 6 ; le jour, 8. La miction s'accompagne de vives douleurs.

URINE. — Très purulente, sans odeur.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Examen direct : B. de Koch.

Cultures { Aérobie... } Bactéries Septiques de Clado.
 { Anaérobie. }

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité = 100 gr.

REINS ET URETÈRES. — On sent un peu le rein droit qui est normal. La région rénale gauche est mal dépressible : on perçoit cependant le rein gauche un peu augmenté de volume et un peu douloureux. Réflexe pyélovésical, point paraombilical

gauche, réflexe urétéo-vésical des deux côtés. Au toucher vaginal, on sent nettement l'uretère gauche et un peu l'uretère droit. La région vésicale est nettement indurée et manifestement plus douloureuse du côté gauche.

ETAT GÉNÉRAL. — Amaigrissement notable. Bon appétit. Rien au cœur, ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La zone urétérale droite est normale, tandis que la gauche est marquée par des saillies et des dépressions. On cathétérise l'uretère droit après une heure d'attente, on obtient 1 cmc. d'urine d'un beau jaune ambré, limpide, ne renfermant pas d'albumine. La quantité d'urine est insuffisante pour l'Examen cytologique. Le dosage de l'urée donne :

Urine totale : 17 gr. 02 par litre, urine droite : 20 gr. 25 par litre. La feuille d'inoculation, n'a pas été trouvée ou a été omise en raison de la petite quantité d'urine recueillie.

3 Avril 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé pèse 185 gr. La surface, dont la capsule se sépare aisément, est parsemée en tous les points de nombreuses granulations. A la coupe, le parenchyme est parsemé de petites cavernes disséminées sur toute la hauteur. Au pôle inférieur, il y en a une cependant qui atteint le volume d'une noisette. Dégénérescence fibro-lipomateuse du bassinet. Uretère épaisse et contenant du caséum.

20 Août 1908. — Les suites opératoires ont été simples du côté de la plaie. Mais il s'est déclaré une phlébite fort importante ayant envahi les deux membres inférieurs, et surtout le membre inférieur gauche qui a présenté un œdème tenace et considérable. La température a oscillé pendant quelques jours autour de 38°. L'état de la vessie s'améliore lentement. Il persiste une fistule du côté de la plaie.

18 Novembre. — La malade commence à marcher, bien que l'œdème ne soit pas encore disparu. Etat général très bon ; la malade a engraisé. Mictions : La nuit, 3 ; le jour, toutes les 2 ou 3 heures. Douleur moins vive. Capacité vésicale = 210 gr. Urine parfaitement limpide, ne renfermant pas d'albumine. Plaie incomplètement cicatrisée. Inoculation positive.

8 Avril 1909. — Etat général excellent. Poids = 60 kgr.

Mictions : La nuit, 1 à 2 ; le jour, 2 à 3. Pas de douleur à la miction.

Urine parfaitement limpide (non recueillie à la fonde, après lavage vulvaire); après centrifugation, le culot renferme quelques rares leucocytes et hématies. Albumine : Traces douteuses. Inoculation négative.

La malade a présenté fin Janvier une érysipèle de la cuisse droite ayant duré 15 jours; la phlébite est complètement guérie. Du côté de la plaie, il persiste une légère fistule.

OBSERVATIO LXX

Tuberculose rénale gauche fermée à forme pyonéphrotique et avec phlegmon périphrétiq. Cathétérisme urétéral et séparation endo-vésicale. Néphrectomie lombaire. — Guérison. Inoculation négative onze mois après l'opération.

Mlle C... Jeanne, 34 ans, adressée par le Docteur Thévenon (de St-Chamond) entre à l'hôpital St-Joseph, salle Ste-Marie, n° 5, le 17 Avril 1908 (Observ. publiée dans « la Clinique » 1908).

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Mère morte à 48 ans de cancer de l'estomac; père mort de bacillose pulmonaire; une sœur morte à l'âge de 12 ans de lésions cardiaques compliquant un rhumatisme; un frère mort à 32 ans probablement de tuberculose pulmonaire; deux frères vivants et bien portants. Personnellement, menstruation régulière depuis l'âge de 14 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Il y a 6 ans, phénomènes de cystite (dysurie, pallakiurie et hématurie) qui durèrent environ un an. Jamais de manifestations lithiasiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Depuis la fin du mois de Décembre 1907, la malade ressent des douleurs dans les cuisses, plus prononcées cependant à droite, gênant considérablement la marche, et qui ont pu à un certain moment en imposer pour une sciatique. Les derniers jours du mois de Février 1908 apparaît une douleur au niveau de la région lombaire, à droite de la colonne vertébrale, qui se juge bientôt

par une tuméfaction se produisant à ce niveau, et c'est ce qui amène la maladie.

Etat actuel ;

A l'examen, on note : une tuméfaction très apparente et assez étendue, occupant : dans le sens vertical, l'espace compris entre les apophyses transverses et l'épine iliaque antéro-supérieure. La pression est un peu douloureuse ; à la palpation, on constate de la fluctuation qui se propage de la masse lombaire à la fosse iliaque, par le triangle de J. L. Petit : c'est une collection froide donnant l'impression d'un abcès ossifluent.

La colonne vertébrale n'est ni déviée, ni douloureuse. Les mouvements des membres inférieurs sont un peu gênés, mais la maladie les exécute cependant assez facilement ; on peut fléchir la cuisse sur le bassin jusqu'à l'angle droit ; pas d'anesthésie.

MICTIONS. — Cinq ou six fois le jour et la nuit ; un peu de douleur.

VESSIE. — Capacité vésicale = 100 gr.

URINE. — Assez limpide, sans albumine.

Inoculation négative.

EXAMEN CYTOLOGIQUE (Faysse) : après centrifugation. :

Nombreux globules blancs isolés et en amas.

Quelques globules rouges.

Cristaux d'acide urique et cellules épithéliales.

REINS ET URETÈRES. — Au niveau du rein droit existe la tuméfaction décrite ci-dessus, et qui semble continuer le rein, par le bas.

On sent un peu le rein gauche. On ne sent pas les uretères.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre. Poids habillée : 45 kgr. Aux poumons, un peu d'obscurité respiratoire au sommet gauche. Rien au cœur.

SÉPARATION DES URINES. — En 11 minutes, le rein gauche fournit 3 cmc. d'urine parfaitement limpide ; le rein droit n'en fournit pas une goutte.

CYSTOSCOPIE. — L'orifice urétéral gauche est normal et on ne juge pas nécessaire de le cathétériser ; on ne peut pas cathétériser le droit (côté malade).

EXAMEN CYTOLOGIQUE DE L'URINE GAUCHE (Faysse) : obtenue par séparation eudo-vésicale :

Globules blancs assez nombreux.

Quelques hématies.

Cellules épithéliales et cristaux.

Inoculation négative.

DOSAGE DE L'URÉE. — Urine gauche : 23 gr. 24 par litre.

Urine totale : 24 gr. 32 —

22 Avril 1908. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE GAUCHE SOUS-CAPSULAIRE. — Les lésions de périnéphrite sont très intenses : l'incision des couches superficielles donne issue à une grande quantité de pus verdâtre dont l'inoculation est positive. La capsule graisseuse, intacte en certains points, est envahie d'une façon considérable par la sclérose en d'autres points ; elle est lardacée, dure, rétractée. Le rein bosselé, lobulé, a un aspect blanchâtre. A la coupe, on le trouve constitué par une mince coque circonscrivant des loges, remplies les unes de pus tuberculeux, les autres de caséum, deux autres enfin de sérosité. Toute la surface est parsemée de granulations. Le bassinnet présente de la dégénérescence fibro-lipomateuse. Les éléments du pédicule ont complètement disparu ; il est impossible de trouver l'orifice de l'uretère.

5 Juillet. — Suites simples. — Mictions : la nuit, 4 ou 5 ; autant le jour. Pas de douleur à la miction.

7 Décembre 1908. — Mictions toutes les deux heures, jour et nuit, non douloureuses, Etat général très amélioré.

26 Mars 1909. — Etat général excellent. Poids : 45 kgr. Mictions toutes les deux heures, nuit et jour. Capacité vésicale : 200 gr. Quantité : Un litre et demi à deux litres. Plaie fermée en Janvier 1909, mais s'est rouverte ces jours-ci et il y a un petit bourgeon charnu.

Urine pâle, parfaitement limpide, pas d'albumine ; quelques globules blancs.

Cultures stériles. inoculation négative.

OBSERVATION LXXI

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséuse. Rétrécissement de l'uretère et phlegmon périnéal. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison. Inoculation négative cinq mois après.

S.... Benoît, 40 ans, envoyé par le docteur Gimbert, de Belleville-sur-Saône, vient consulter le docteur Rafin le 20 Août 1907.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Personnellement, marié, deux enfants. Il a eu une pleurésie droite il y a dix ans et ne s'est jamais bien porté.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — A uriné quelquefois du sable; il présente depuis longtemps des douleurs rénales et de la dysmie. Blenn. : 0.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle aurait débuté il y a 7 ans par des coliques néphrétiques gauches, et depuis le malade présente de la pollakiurie intermittente et de la dysmie. Jamais de douleurs au niveau du rein droit.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 4 à 5; le jour, toutes les heures et parfois les demi-heures.

URINES. — Franchement purulentes, renferment de l'albumine.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Examen direct : pas de bacilles de Koch,

— : nombreux cocci en chaînettes.

Cultures donnent du B. pyocyanique.

Inoculation négative.

PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES. — La prostate est peu augmentée de volume; le lobe droit est un peu plus volumineux que le gauche. Les vésicules sont indurées.

REINS ET URETÈRES. — On sent le rein droit. A gauche, région rénale mal dépressible.

TESTICULES, EPIDIDYMES ET CORDONS. — Rien à gauche. A droite, il existe un abcès très volumineux se prolongeant au niveau du périnée : la fluctuation se transmet d'un point à l'autre.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez mauvais. Aux poumons, on trouve à la base droite de la matité avec de l'obscurité respiratoire (pleurésie ancienne).

21 Août 1907. — Opération. Incision et débridement de l'abcès. Issue d'une énorme quantité de pus, en de fongosités caséeuses. L'abcès se termine en arrière, au bulbe. A ce point, le corps spongieux présente une dépression qui semble en rapport avec l'urèthre. Il s'agit d'un abcès d'origine urétrale ayant envahi secondairement la loge périméale antérieure.

19 Décembre 1907. — Etat général très amélioré. Cicatrisation incomplète, mais il ne passe plus d'urine par la plaie. Mictions moins fréquentes. Urine très purulente. Rétrécissement diaphragmatique de l'urèthre antérieur, qui arrête une bougie 15 et laisse passer un 11.

La première séance de dilatation permet d'introduire une bougie n° 15; la seconde une bougie n° 20; la troisième un n° 25.

20 Février 1908. — Depuis deux mois, les douleurs dans le rein gauche ont reparu, surtout sous forme de malaises, s'irradiant dans la fosse iliaque correspondante, mais non dans le testicule, ni dans la vessie. Le rein gauche est manifestement volumineux, le droit se laisse mal déprimer. L'urine est trouble, laiteuse.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Examen direct : ni bacilles de Koch, ni autres micro-organismes.

Cultures : stériles.

Inoculation : positive.

Capacité vésicale : 300 gr.

22 Avril 1908. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral droit est normal. Le gauche a un aspect papillomateux et est bouché par un grumeau purulent. Le cathétérisme urétéral droit fournit de l'urine jaune ambrée, limpide, par éjaculations; la première prise renferme quelques cellules épithéliales, un ou deux globules blancs, de nombreux

cristaux et un ou deux globules rouges. Prise pour inoculation après 8 à 10 gr. d'écoulement.

Poumons : obscurité respiratoire dans presque toute la du poumon droit. Poids : 79 kgr. 900.

Inoculation des urines du rein droit ; négative.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Mérieux).

	Urine totale	Urine droite
Urée.....	13 gr. 79 par litre.	20 gr. 45 par litre.
Cklorures	15 gr. 44 —	15 gr. 50 —
Phosphates...	1 gr. 22 —	1 gr. 17 —

15 Mai 1908. — NÉPHRECTOMIE LONBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Pédicule volumineux qui s'écrose sous les pinces. Pinces à demeure. La pièce enlevée est volumineuse à cause des lésions de périnéphrite scléreuse qui sont très marquées; le rein lui-même n'est pas augmenté de volume. Il présente plusieurs cavernes remplies de pus épais et fétide; il persiste encore beaucoup de tissu non ramolli, mais il est dur, envahi par de la sclérose.

30 Mai 1908. — L'urine s'est clarifiée dès la néphrectomie faite. Suites bonnes. Il s'est produit au niveau du pédicule du sphacèle qui a dégagé une odeur fétide et s'est éliminé peu à peu, et le bourgeonnement de la plaie s'est bien effectué.

4 Juin 1908. — Va bien. Urine limpide.

31 Juillet 1908. — Plaie non cicatrisée complètement. Urine limpide, avec un peu d'albumine et quelques filaments. Poids : 80 kgr. 800.

10 Octobre 1908. — Etat général parfait. Plaie cicatrisée depuis quelques jours. Urine limpide. Albumine, 0. Poids : 85 kgr.

Inoculation des urines négative. La plaie du périnée n'est pas totalement fermée.

30 Mars 1909. — Etat général toujours aussi bon.

Urine limpide, quelques points blancs en suspension. Culot, très peu de globules blancs. Albumine, un peu.

Mictions : une la nuit, quatre à cinq le jour. Douleur, parfois un peu de cuisson.

Plaie rénale s'est un peu rouverte, à la suite des travaux des champs, il y a une fistule. Plaie périnéale, n'est pas complètement fermée.

Le jet d'urine diminue.

Une boule 21 passe librement d'abord et est arrêtée au bulbe, de même une boule 16, un 13 passe et au retour petit ressaut. On passe bougies 16, 18, 20, celle-ci est un peu serrée.

OBSERVATION LXXII

Tuberculose rénale droite à forme caverneuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison complète (inoculation négative), constatée onze mois après l'intervention.

Mme G... Joséphine, 31 ans, domestique, consulte le 17 Novembre 1908, envoyée par le Docteur Marion (de Pont-de-Beauvoisin).

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler, sauf une otite droite ayant débuté il y a un an.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant. Jamais de phénomènes lithiasiques.

DÉBUT DE L'ACTION ACTUELLE. — Il y a 2 ans, la malade eut en 24 heures, trois crises très violentes, de 3 heures environ de durée, de coliques néphrétiques droites, avec irradiation vésicale et envie d'uriner. Depuis, jusqu'en Janvier dernier, ces crises se sont répétées tous les 10 ou 15 jours. Depuis 2 mois, la malade n'a pas eu de crises, mais la région rénale droite reste endolorie.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 2 ; le jour, toutes les 2 heures environ.

URINE. — Réaction acide, sans odeur, fortement purulente, renfermant de l'albumine. Sucre : 0. Au microscope, on voit de nombreux leucocytes et 1 ou 2 globules blancs,

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Examen direct : B. de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité = 80 gr.

REINS ET URETÈRES. — On ne sent pas le rein gauche. Le rein droit n'est pas accessible, mais très légèrement douloureux, on ne sent pas les uretères.

ETAT GÉNÉRAL. — Excellent. Poids = 87 kgr. La malade dit avoir perdu 6 kgr. environ. Rien au cœur, ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral gauche paraît un peu rouge, on le cathétérise. Au début, il se produit une diurèse très intense, ce qui fait que l'urine obtenue est d'abord très pâle, limpide comme de l'eau, ne renfermant pas d'albumine. L'urine devient ensuite plus ambrée. La 4^e prise, recueillie après un écoulement de 25 à 30 gr., renferme quelques cellules épithéliales et pas de globules blancs. La dernière prise après 40 gr. d'écoulement ne contient que du sang.

ANALYSES CHIMIQUES DES URINES (Mérieux).

	Urine totale	Urine gauche
Urée.....	5 gr. 11 par litre	9 gr. 98 par litre
Phosphates.....	0 gr. 38 »	0 gr. 15 »
Chlorures.....	5 gr. 26 »	10 gr. 24 »
Inoculation avec l'urine du rein gauche (1 ^{re} prise).	» » » »	(5 ^e prise). } Négatives
» » » »		

15 Mai 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé est très volumineux et présente des lésions très prononcées, surtout à la partie inférieure où l'on trouve de grosses cavernes.

8 Juin 1908. — Suites extrêmement simples. Mictions : La nuit, 0 ou 1 ; le jour, 3. Urines assez troubles, avec de l'albumine. (Cette urine n'a pas été recueillie à la sonde).

29 Mars 1909. — Etat général parfait. Poids = 96 kgr.

Capacité vésicale = 300 gr.

On ne sent pas les uretères. Douleur, néant.

Mictions : La nuit, 0 ; le jour, 3 à 4. Non douloureuse.

Plaie incomplètement fermée, il persiste un petit point bourgeonnant.

Urine limpide, ne renfermant pas d'albumine ; rares globules blancs, quelques cellules épithéliales.

Inoculation négative.

OBSERVATION LXXIII

Tuberculose rénale droite à forme caverneuse. Fibrôme utérin enlevé par hystérectomie abdominale totale. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire.

Mme M.-C.... Philomène, 41 ans, est adressée à l'hôpital St-Joseph en Août 1907, par le docteur Gauthier (de Coligny) et le docteur Barbet de Saint-Amour, pour un fibrôme et de la pyurie.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler, sauf des coliques hépatiques (?) il y a 6 ans, pour lesquelles elle a fait 3 saisons à Vichy.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais de phénomènes de lithiase urinaire.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a quelques mois, la malade a vu ses règles devenir plus abondantes, l'obligeant à s'aliter. En même temps est survenue de la pollakiurie et une légère douleur à la miction.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, toutes les heures ; la nuit, toutes les demi-heures. Miction douloureuse et un peu difficile.

URINE. — Nettement purulente, renfermant des globules blancs, et quelques cristaux d'urate de soude.

CULTURES. — Stériles.

INOCULATION. — Positive.

EXAMEN DIRECT. — Pas de bacille de Koch.

VESSIE. — Capacité = 150 gr.

PALPATION ABDOMINALE ET TOUCHER BIMANUEL. — L'abdomen est souple. On sent une masse située à gauche de l'abdomen, empiétant de 10 cm. environ sur le côté droit et consistant en une tumeur bosselée avec de petites masses pédiculées ; elles remonte à deux travers de doigt au dessus de l'ombilic, est difficilement mobilisable. Au-dessus du pubis en avant, on sent une grosseur fluctuante, très douloureuse au toucher, probablement la vessie. Pas de matité dans les flancs.

REINS, URETÈRES. — Rein gauche non perçu. A droite, on

sent au niveau de la loge rénale une masse qui semble abaissée, mais sur la nature de laquelle on ne peut être fixé, la tumeur utérine arrivant très près de ce niveau.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre. La malade est très anémiée. Poids = 46 kgs 200. Rien au cœur, ni aux poumons.

11 Août 1907. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. — Le fibrôme enlevé pèse 2,400 gr.

30 Août 1907. — Suites très simples.

La radiographie (Arcelin) ne décele aucun calcul dans le rein droit.

21 Janvier 1908. — CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URETÉRAL. — Vessie garnie à 70 gr. L'orifice urétéral droit est un peu irrégulier, en museau de tanche, entamé par une muqueuse congestionnée; le bourrelet intérurétéral est saillant. A gauche, la zone urétérale est saillante, tomenteuse, rouge, irrégulière et il est impossible de voir l'orifice urétéral. A droite, le cathétérisme fournit de l'urine peu ambrée, louche; les premières gouttes sont plus troubles, mais elle reste trouble tout le temps de la séance; une prise après 10 gr. d'écoulement renferme de nombreux leucocytes, très peu d'hématies, et un peu d'albumine; prise pour inoculation après 12 gr. d'écoulement A gauche, le cathétérisme est impossible.

Au toucher vaginal, on sent légèrement l'uretère droit; on ne sent pas le gauche. Poids = 52 kgs.

30 Mai 1908. — Chez elle, la malade a eu des poussées fébriles, (38°5) avec des douleurs rénales, à droite. Poids = 42 k. Capacité vésicale = 70 gr. Le rein gauche n'est pas perceptible, le rein droit est augmenté de volume et douloureux spontanément à la pression.

3 Juin 1908. — CYSTOSCOPIE ET CATHETERISME URETÉRAL. — L'orifice urétéral droit est couvert d'une nappe purulente, le gauche est un peu irrégulier en forme de fente: la muqueuse qui l'entoure est oedématiée tout autour et recouverte d'un léger enduit purulent. Le cathétérisme de l'uretère gauche fournit de l'urine d'un beau jaune ambré: la première prise renferme quelques globules blancs, quelques globules rouges et un peu d'albumine; la deuxième renferme des hématies et des leucocytes en même proportion que dans le sang. Prises pour inoculations après 5 et après 7 gr. d'écoulement.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES (Faysse).

	Urine totale	Urine droite	Urine gauche
Urée.....	16 gr. 48 par litre	11 gr. 35 par litre	23 gr. 78 par litre
Phosphates.	1 gr. 95 »	1 gr. 15 »	2 gr. 35 »
Chlorures..	7 gr. 50 »	3 gr. 70 »	6 gr. » »
Albumine..	1 gr. 75 »	0 gr. 75 »	0 » »

INOCULATIONS.

Inoculation avec l'urine totale	positive.
» » droite.....	négative.
» » gauche (1 ^{re} prise).	négative.
» » » (2 ^e prise)	négative.

6 Juin 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Pas de périnéphrite. La surface extérieure après l'ablation de la capsule, est recouverte de granulations en plusieurs points. Au dessous du pôle inférieur, on voit la saillie d'un abcès. A la coupe, on trouve de nombreuses cavernes groupées autour du bassinnet et en communication avec lui. Le bassinnet est dilaté. L'uretère est particulièrement dur, gros et caséux.

22 Juin 1908. — Suites simples. Etat satisfaisant. Miction toutes les 2 heures. Urines plus claires, pas de sang.

20 Janvier 1909. — Bon état général, bon appétit; poids = 51 kgr. 50. Se déclare bien à ce point de vue.

Mictions : La nuit, 4 ; le jour, 6, un peu douloureuse, quelques fois un peu de sang.

Urine trouble renfermant beaucoup de globules rouges et de globules blancs.

Capacité vésicale = 80 gr.

L'uretère gauche forme une saillie dure au niveau de l'orifice urétéro-vésical; toute la paroi inférieure de la vessie est un peu douloureuse. On ne sent pas l'uretère droit.

La plaie est incomplètement cicatrisée; il persiste un petit trajet fistuleux de 5 à 6 cm. de profondeur.

Un peu de douleur au niveau des articulations métacarpo-phalangienne (rhumatisme tuberculeux).

Inoculation.

L'examen fait craindre l'invasion de l'autre rein.

OBSERVATION LXXIV

Tuberculose rénale droite à forme ulcéro-caséuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Amélioration de l'état général et local. Inoculation positive huit mois après l'opération.

Mme H...., 31 ans, adressée par le docteur Charrin, de Valence, entre à l'hôpital le 9 Mai 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En Avril 1907, la malade éprouve, pendant deux ou trois jours, des douleurs dans le côté droit, s'accompagnant d'envies d'uriner. En Juillet suivant apparaît de la pollakiurie qui augmente peu à peu ; les urines deviennent sanglantes.

Etat actuel :

MICTIONS. — Toutes les heures environ, jour et nuit. Douleur assez intense.

URINE. — Très trouble, laiteuse, pâle, émettant l'odeur du goménol. Elle renferme de très nombreux leucocytes, quelques hématies.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — (Mérieux).

Examen direct : pas de bacilles de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 125 gr.

REINS ET URETÈRES. — On ne perçoit ni les reins, ni les uretères.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Actuellement bon après plusieurs oscillations. Rien au cœur, ni aux poumons. Poids :

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral droit est caché par un repli de la muqueuse ; la zone urétérale gauche présente trois ou quatre petits sillons transversaux dont l'un constitue l'orifice urétéral correspondant. A droite, on retire deux fois la sonde sans avoir rien obtenu ; à la troisième tentative, on obtient 2 cc. d'urines pâles,

louches, contenant des leucocytes et beaucoup d'albumine. Le rein est évidemment lésé. A gauche, on obtient de l'urine limpide, jaune ambrée; la première prise ne contient pas d'albumine, donne un culot constitué par des cristaux d'oxalate et quelques cellules épithéliales, et à peu près pas de globules blancs.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine totale	Urine gauche
Urée.....	16 gr. 21 par litre.	15 gr. 13 par litre.
Phosphates ...	2 gr. —	2 gr. 10 —
Chlorures.....	6 gr. 25 —	8 gr. —

Inoculation de l'urine droite : cobaye mort prématurément 19 jours après. Congestion pulmonaire : par de tubercules.

Inoculation de l'urine gauche : Première prise } négative.
 — : Deuxième — }

18 Juillet 1908. — INTERVENTION. — REPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé pèse 175 gr. Sa surface extérieure est parsemée de granulations. A la coupe, au niveau de la partie médiane surtout, on trouve des cavernes pleines de caséum, faisant saillie sur la surface de coupe.

30 Octobre 1908. — Suites simples, Plaie presque complètement cicatrisée. Etat général bon, bon appétit. Mictions : toutes les heures et demi, nuit et jour. Urine encore trouble, mais améliorée.

29 Mars 1909. — Etat général bon ; bon appétit. Poids : 52 kgr. 800.

Urine modérément trouble, renfermant de l'albumine.

Le liquide du lavage ressort fortement troublé.

Mictions : le jour, 5 à 6 ; la nuit, 5 à 6. Quantité d'urine : 1040 cc.

La fin de la miction s'accompagne d'une douleur assez vive.

Capacité vésicale : 150 gr.

On ne sent pas les uretères.

La plaie est fermée depuis fin décembre 1908. Bonne cicatrice.

Inoculation positive.

OBSERVATION LXXV

Tuberculose rénale droite à forme caverneuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée (inoculation négative) sept mois après l'intervention.

Mme C..., marié, 36 ans, envoyée par le docteur Ogier, (de la Verpillère), entre à l'hôpital le 26 Juin 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien au point de vue héréditaire. A l'âge de 13 ans, lupus au niveau de la lèvre supérieure, guéri après quatorze mois de traitement.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais de manifestations lithiasiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a deux mois et demi, crise douloureuse dans l'hypochondre droit; depuis cette époque, pyurie intermittente; miction, la nuit, 1 ou 2; le jour, 3.

Etat actuel:

MICTIONS. — La nuit, 0; le jour, 3. Douleur après la miction, URINE — Franchement purulente.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. (Faysse).

Examen direct: Pas de bacille de Koch,

Cultures: Colonies de staphylocoque.

Inoculation; Positive.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse). Quantité des 24 heures = 1800 cc.

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	13 gr. 51	24 gr. 31
Phosphates.....	2 gr. 10	3 gr. 78
Chlorures.....	9 gr.	16 gr. 20
Albumines.....	0 gr. 20	0 gr. 36

VESSIE. — Capacité = 340 gr.

TOUCHER VAGINAL. — On ne sent pas les uretères. utérus mobile en antéflexion.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche: 0. Rein droit: on sent une grosse masse très mobile dans la région rénale; cette masse semble flotter dans l'abdomen, et se déplace facilement à la moindre pression.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 59 kgs. Rien au cœur, ni aux poumons.

26 Juin 1908. — CYSTOSCOPIE, CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifices urétéraux normaux.

Le rein gauche fournit de l'urine jaune ambrée, ne renfermant pas de globules de pus, ou quelques formes douteuses, mais renfermant des phosphates et une quantité d'albumine que n'explique pas les rares globules rouges qu'elle peut contenir.

Le rein droit donne de l'urine pâle renfermant une grande quantité de leucocytes.

ANALYSE CHIMIQUE. (Faysse).

	Urine totale	Urine droite	Urine gauche
Urée.....	18 gr. 37	5 gr. 40	14 gr. 05
Phosphates .	2 gr. 20	0 gr. 86	3 gr.
Chlorures...	7 gr.	2 gr. 50	9 gr. 25
Inoculation avec la 1 ^{re} prise de l'urine gauche : négative.			
—	— 5 ^{me} —	—	—

EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLÈNE. — L'élimination commence demi-heure après l'injection, pour atteindre son maximum 6 heures après et décroître régulièrement. L'élimination est complète en 24 heures environ. Elle se fait un peu sous forme de chromogène.

LA RADIOGRAPHIE DU REIN DROIT (Arcelin) montre une grosse masse opaque.

10 Août 1908. — SÉPARATION DES URINES. — Appareil de Luys. Mêmes résultats cytologiques que le cathétérisme.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse). — Urines recueillies par séparation.

	Urine totale	Urine droite	Urine gauche
Urée.....	14 gr. 05 par litre	4 gr. 05 par litre	13 gr. 78 par litre
Phosphates	2 gr. 30 »	0 gr. 25 »	11 gr. 50 »
Chlorures..	12 gr. »	4 gr. »	2 gr. 35 »

13 Août 1908. — NEPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé est très volumineux. (Poids : 365 gr.)

Son pôle supérieur est accupé par une énorme poche purulente.

Le reste du parenchyme paraît macroscopiquement sain, mais très réduit de volume.

25 Août 1908. — Suites très simples. Réunion presque complète.

6 Novembre 1908. — Plaie à peu près cicatrisée. Etat général excellent. Miction : la nuit, 0 ; le jour 3 ; un peu de douleur à la fin de la miction surtout la nuit. Urine absolument limpide ne renfermant pas d'albumine. Capacité vésicale : 450 g.

29 Mars 1909. — Etat général excellent. Poids : 56 kgs. 900.

Urines parfaitement limpides, ne renfermant pas d'albumine. rares leucocytes. Capacité vésicale : 400 gr. Miction : le jour, 3 à 4 ; la nuit, 0 ou 1. Plaie complètement fermée depuis le 10 Novembre 1908. Bonne cicatrice.

Inoculation négative.

OBSERVATION LXXVI

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire gauche. — Inoculation huit mois après l'opération.

M^{me} D... Alice, demeurant à Fumex (Suisse), 40 ans, est vue par M. Rafin, le 27 Juin 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Début il y a 12 ans, par crises de coliques néphrétiques d'une durée de 3 heures, à début vésical, s'irradiant dans le rein droit ; ces crises surviennent d'abord toutes les 3 semaines, puis tous les jours. Elle est améliorée par des lavages de vessie et deux saisons à Contrexéville. Depuis l'été dernier, souffre moins de la Vessie, mais le rein droit est toujours très douloureux. Jamais de pollakiurie.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 0 ; le jour, 3. Douleur après la miction.

URINE. — Modérément trouble, sans odeur, renfermant de nombreux leucocytes et quelques hématies.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE (Mérieux).

Examen direct : pas de B. de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE. Quantité nyctémérale = 1550 cc.

Urée	16 gr. 28 par litre	25 gr. 23 par 24 heures
Chlorures.....	8 gr. 07 »	12 gr. 51 »
Phosphates....	1 gr. 02 »	1 gr. 58 »

VESSIE. — Capacité vésicale : 400 gr.

TOUCHER VAGINAL. — Rien à signaler, on sent un peu l'uretère droit.

REINS ET URETÈRES. — Ni perceptibles, ni douloureux.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 63 kgr. Rien au cœur, ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE & CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — A droite, on voit paraître un jet de pus ; à gauche, l'origine urétéral paraît rouge.

On cathétérise l'orifice gauche : la 1^{re} contient des traces d'albumine ; la 2^e en renferme un peu plus. A la centrifugation, d'urine renferme 1 ou 2 leucocytes, des cellules épithéliales.

Inoculation avec l'urine recueillie après 13 gr. d'écoulement.

Inoculation avec l'urine recueillie après 22 gr. d'écoulement

Négatives.

ANALYSE CHIMIQUE (Mérieux).

	Urine totale	Urine gauche
Urée	15 gr. 88 par litre	18 gr. 24 par litre
Chlorures.....	12 gr. 70 »	16 gr. 97 »
Phosphates....	1 gr. 44 »	0 gr. 34 »

18 Août 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA-CAPSULAIRE GAUCHE. — Ligature du pédicule.

Le rein enlevé est peu augmenté de volume. Le pôle inférieur est sain. Au pôle supérieur, on trouve trois gros Kystes, renfermant : l'un du liquide Séro-purulent ; les autres de l'urine. A ce niveau, il existe de nombreuses granulations. A la coupe, un peu de dilatation du bassinnet.

Uretère volumineux.

Suites simples.

27 Août. — Va très bien. Vessie améliorée.

20 Octobre 1908. — Va très bien.

1^{er} Mai 1909. — Poids : 69 kgs. Appétit assez bon. Plaie fermée six semaines après l'opération. Mictions non douloureuse : le jour, 4 à 5 ; la nuit, 0. Quantité d'urine en 24 heures : 1500 cc.

Une inoculation est faite.

OBSERVATION LXXVII

Tuberculose rénale gauche à forme ulcéro-caséreuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. Phlébite légère. — Guérison (inoculation négative) constatée sept mois après l'intervention.

Mme M.... Claudine, ménagère, 32 ans, malade du docteur Verrière, entre à l'hôpital le 5 Août 1908. (Observations et cathétérisme urétéral par le docteur Verrière).

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire et personnel. Deux enfants, de 7 ans et 4 ans, bien portants. Une fausse couche entre les deux.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a 2 ans, à l'occasion de phénomènes d'entérite, la malade a présenté des troubles de la miction, dont elle ne s'est pas préoccupé. En Octobre 1907, accès de coliques néphrétiques gauche, à la suite duquel les urines deviennent troubles. Jamais d'hématurie. En même temps, amaigrissement progressif et douleur assez marquée.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 4; le jour, 1. La fin de la miction est douloureuse.

URINÉ. — Franchement purulente, ne renfermant pas d'albumine.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse). Quantité du nyctémère : 1700 gr.

Urée..... 11 gr. 62. 19 gr. 75.

Phosphates..... 1 gr. 25. 2 gr. 125.

Chlorures..... 8 gr. 50. 14 gr. 45.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. (Mérieux).

Examen direct : pas de bacilles de Koch.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 200 gr.

REINS ET URETÈRES. — Les deux reins sont mobiles : le gauche paraît petit, le droit semble globuleux. Uretères non perçus, pas de réflexes vésicaux.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre. Poids : 52 kgr. Rien au cœur, ni

aux poumons. Névralgie intercostale à la base du thorax gauche.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME UTÉRÉAL. — Orifice urétéral gauche irrégulier, rouge, entouré d'un enduit blanchâtre. Orifice urétéral droit normal. Par le Cathétérisme du rein droit, on obtient de l'urine jaune ambrée, peu colorée, en quantité modérée, ne renfermant pas d'albumine. La centrifugation donne un culot constitué uniquement par des cellules épithéliales.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

Urée de l'urine totale : 16 gr. 48 par litre.

— — droite : 11 gr. 35 —

Inoculation de l'urine droite : négative.

20 Août 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est volumineux (poids : 225 gr.). Son aspect extérieur est normal, sauf quelques granulations disséminées. A la coupe, le parenchyme est creusé de 3 ou 4 cavernes du volume d'une noisette renfermant un caséum assez épais ; on trouve encore quelques amas fibro-crétacés. Dégénérescence fibro-lipomateuse très marquée du bassinet. Lésions modérées de l'uretère.

10 Septembre 1908. — Suites très simples. Très légère poussée phlébitique.

26 Mars 1909. — Plaie fermée depuis le 1^{er} Mars 1909. Très bonne cicatrice.

Etat général bon. Bon appétit. Poids : 56 kgr.

Mictions : la nuit, une fois au milieu de la nuit ; le jour, trois à quatre. Douleur en urinant : nulle.

Urine : limpide. Albumine : néant. Culot. Globules blancs assez nombreux.

Capacité vésicale : 475 gr.

Souffre encore de sa névralgie intercostale.

La jambe qui a été atteinte de phlébite est encore un peu oedématiée et douloureuse et l'oblige à garder le repos.

Inoculation négative.

OBSERVATION LXXVIII

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire prédominante. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison constatée (inoculation négative) cinq mois après l'intervention.

Mlle P... Marguerite, 35 ans, entre à l'hôpital St-Joseph, le 29 Septembre 1908, adressée par le docteur Gourbis, de Valence.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Père mort bacillaire à 55 ans ; mère vivante et bien portante ; deux sœurs mortes bacillaires à 20 ans et à 29 ans ; une troisième morte albuminurique à 21 ans.

Personnellement, adénites cervicales dont une suppurée, à 12 ou 13 ans. Menstruation régulière depuis l'âge de 14 ans. Ni pleurésie, ni bronchite.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais d'hématurie, jamais de manifestation lithiasique.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle aurait débuté au mois de Mars dernier, à la suite d'une grippe qui laissa après elle une sensation de courbature persistante. Cependant la malade continua à vaquer à ses occupations, et ce n'est que fin Juillet qu'elle commença à éprouver des douleurs au moment de la miction ; en même temps, le nombre des mictions qui était de 0 ou 1 la nuit et de 2 ou 3 le jour, augmenta. Les douleurs devinrent de plus en plus vives, persistant en dehors des mictions, les urines devinrent troubles et la malade entre à l'hôpital.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 2 ou 3 ; le jour, 8 ou 10. La douleur, d'intensité variable, se produit surtout à la fin de la miction, sous forme de brûlure. Elle siège dans les reins, s'irradie vers la vessie.

URINE. — Franchement purulente.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. (Faysse).

Examen direct : bacilles de Koch.

Cultures : quelques colonies de staphylocoques.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssé). Quantité du nycétémère : 1400 cc.

	Par litre.	Pa. 24 heures.
Urée.....	16 gr. 21	22 gr. 69
Phosphates.....	2 gr. 17	3 gr. 03
Chlorures.....	6 gr. 60	9 gr. 27

VESSIE. — Capacité : 160 gr.

REINS ET URETERES. — Non perçus et non douloureux à la palpation.

ETAT GÉNÉRAL. — Passable. Rien au cœur ni aux poumons. Poids : 51 kgr. 500.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La surface vésicale présente des plaques rouges disséminées; l'orifice urétéral droit est normal, le gauche est un peu béant. Le cathétérisme urétéral gauche donne par éjaculations de l'urine pâle renfermant de petits grumeaux, constitués par des globules de pus. Le cathétérisme urétéral droit fournit de l'urine jaune ambrée dont les prises successives renferment de moins en moins des globules blancs, jusqu'à la dernière qui n'en contient pas. Pas d'albumine dans l'urine droite.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssé).

	Urine totale.	Urine droite.	Urine gauche.
Urée.....	17 gr. 56	21 gr. 62	9 gr. 45
Phosphates.....	2 gr. 06	2 gr. 25	» »
Chlorures.....	8 gr.	13 gr. 50	6 gr.

Inoculations :

Avec l'urine gauche : positive.

— droite, troisième prise : négative.

— — quatrième — —

— — cinquième — —

20 Octobre 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE.

Le rein enlevé est de dimensions normales. Poids : 150 gr., peu bosselé. La capsule propre s'est décortiquée spontanément sauf en un point où elle est adhérente au parenchyme rénal. A ce niveau, et d'ailleurs aussi sur toute la surface de l'organe, se retrouvent de nombreuses granulations; cette surface extérieure présente aussi un abcès du volume d'une noix, communiquant avec l'intérieur par un petit pertuis admettant la pointe d'un stylet. A la coupe, granulations assez nom-

breuses disséminées sur toute la surface avec une caverne au pôle supérieur; dégénérescence fibro-lipomateuse assez accusée. Ureter volumineux, à parois épaissies.

15 Novembre, — Suites simples. Réunion pour prendre intuition sur la plaie.

1^{er} Janvier 1909. — Etat général meilleur. Mictions : la nuit, 2 ou 3; le jour, 3 ou 4. La douleur tend à disparaître. Plaie incomplètement cicatrisée.

29 Mars 1909. — Etat général bon. Urines légèrement troubles renfermant des grumeaux en assez grand nombre, et donnant un disque net d'albumine; globules blancs assez nombreux.

Inoculation négative.

Mictions : le jour, 3 à 4; la nuit, 1 à 4. On ne sent pas les uretères.

Capacité vésicale : 180 gr.

La plaie, qui s'était fermée, a dû être rouverte et drainée. Abscès, il y a encore un petit drain.

OBSERVATION LXXX

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire. Mal de Pott lombaire. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Inoculation négative quatre mois après l'opération.

Mlle D... Marie, 30 ans, est vue pour la première fois le 28 Août 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire. Personnellement, il y a 7 à 8 ans, adénites cervicales supprimées. En février 1908, il se produit un mal de Pott avec saillie siégeant au niveau de la 3^e vertèbre lombaire.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Depuis un an, la malade présente des douleurs vésicales s'accompagnant de pollakiurie et de douleurs au niveau du rein gauche.

Etat actuel :

MICTIONS... — Le jour, toutes les 2 heures; la nuit, 2 à 3. Sensation de brûlure pendant la miction.

URINE. — Trouble franchement purulente. Cultures stériles
Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 180 gr.

REINS ET URETÈRES. — Rein droit très mobile (3^e degré),
mais pas douloureux. Le rein gauche est en position normale,
assez douloureux à la palpation. La palpation des uretères
montre l'existence d'un point para-ombilical et filvien.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 48 kgr. 800, tuberculose
discrète du sommet droit évoluant vers la cicatrisation fibreuse.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La zone urété-
rale droite est un peu rouge. Le cathétérisme fournit de
l'urine limpide, jaune peu ambrée, ne renfermant pas
d'albumine.

ANALYSE CHIMIQUE (Mérieux).

	Urine totale	Urine droite
Urée.....	6 gr. 70 par litre	12 gr. 16 par litre
Phosphates	4 gr. 97 •	11 gr. 12 »
Chlorures.....	0 gr. 64 »	0 gr. 87 »

Inoculation de l'urine du rein droit (3^e prise) }
Inoculation de l'urine du rein droit (4^e prise) } négatives.

6 Novembre 1908. — INTREVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE
SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE.

Le rein enlevé pèse 190 gr. Hauteur : 10 cm.

Il n'est pas modifié dans son volume.

Capsule peu épaisse, non adhérente.

Surface extérieure très bosselée, marronnée. On constate
que ces bosselures sont dues à des saillies, à contours arrondis
plus au moins polycycliques, de dimensions variables allant de
la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 0 fr. 50 c.
de coloration blanchâtre, à surface tantôt régulière, tantôt
granuleuse, comme chagrinée. Elles sont séparées par des
dépressions où le tissu rénal apparaît avec la coloration
normale, et paraît sain. Ces bosselures occupent 2 faces dans
toute la hauteur et semblent devenir plus nombreuses autour
du hile.

A la coupe, la substance rénale est très diminuée en quantité,
par suite de la dilatation du bassin, elle a une épaisseur
maxima de 2 cm. On ne peut arriver à différencier les deux
couches. Les pyramides ne se reconnaissent plus. A la péri-

phérie. on retrouve la coupe des bosselures décrites plus haut, formant des nodules granuleux. Il existe ensuite, dispersées des cavernules, de petit volume, (dimension d'une noisette, et des granulations

Le bassin est dilaté, hydronéphrotique, présente de la dégénérescence fibro-tipomateuse à la périphérie. La muqueuse est vélvétique.

En somme, rein tuberculeux avec infiltration modulaire en masse.

2 Décembre 1908. — Suites simples. Diminution de la fréquence des mictions.

15 Mars 1909. — Etat général assez bon. Pas d'appétit.

Mictions, 2 à 3 la nuit, au lieu de 3 à 4 ; le jour toutes les 3 h.

Douleur à la miction, à peu près disparue.

Plaie. — Il persiste encore une toute petite fistule qui ne paraît pas profonde.

Urine limpide. Albumine, néant. Culot de l'urine. Cellules épithéliales superficielles, sur les abcès. 1 ou 2 leucocytes : quelques grosses cellules rondes. Inoculation négative.

Capacité vésicale : 305 gr.

Poids nue : 53 kgr.

Mal de Pott. — stationnaire, pas de trouble du côté du membre inférieur, pas d'abcès, garde un repos relatif.

OBSERVATION LXXX

Tuberculose rénale gauche ulcéro-caséuse. Séparation endo-vésical. Néphrectomie lombaire. — Amélioration considérable de l'état général. Inoculation.

Mme M.... Amédine, 64 ans, dévideuse entre le 7 octobre 1908, salle Sainte-Marie n° 6.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Depuis deux ans, la malade

présente des troubles généraux et des phénomènes digestifs. Il y a six mois, apparurent la et douleur de la pollakiurie surtout nocturnes. Peu à peu, après des améliorations et des rechutes, les symptômes se sont accentués et les urines sont devenues purulentes.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit 8 ; le jour, 2 à 3. Douleur modérée en urinant, inconstante sans caractère bien précis.

URINE — Trouble, fétide, renfermant de l'albumine.

EXAMEN CYTO BACTÉRIOLOGIQUE. (Faysse).

Examen direct. — Nombreux globules blancs.

Pas de bacille de Koch.

Quelques amas de cocci.

Nombreux bâtonnets.

Cultures. — Nombreuses colonies de coli-bacilles.

Quelques amas de staphylocoques.

Inoculation. — négative.

ANALYSE CHIMIQUE — Quantité d'urine en 24 heures : 1500 cc.

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	11 gr. 62	17 gr. 43
Phosphates...	1 gr. 25	1 gr. 86
Chlorures.....	8 gr. 60	12 gr. 90

VESSIE. — La capacité d'abord égale à 90 gr. s'est élevée à 400 gr. à la suite de lavage réguliers de la vessie.

REINS ET URETÈRES. — Les deux régions rénales se laissent mal déprimer.

ETAT GÉNÉRAL. — Mauvais. Poids : 40 kgs. Courbe de température irrégulière, oscille d'ordinaire autour de 38° avec des poussées intermittentes au-dessus de 39°.

CYSTOSCOPIE. — Vessie rouge dans toute son étendue et très vasculaire. Orifice urétéral droit normal. Orifice urétéral gauche mal vu, paraît situé dans une dépression et entouré de pus. En arrière du trigone, la vessie se présente comme vallonnée.

SÉPARATION ENDO-VÉSICALE. — Avec l'appareil de Luys. A droite, on obtient de l'urine jaune ambrée d'aspect absolument normal. Dans la deuxième prise de ce côté, on trouve des globules de pus en assez grand nombre, isolés et en amas, ainsi que des hématies ; présence notable d'albumine prise par

inoculation après 20 gr. d'écoulement. La séparation endo-vésicale a été employée dans l'ignorance de la nature de l'infection, et en raison du résultat des cultures.

Le rein gauche ne donne rien pendant le même temps.

Inoculation de l'urine droite négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine totale	Urine droite
Urée.....	13 gr. 17 par litre	12 gr. 97 par litre
Phosphates .	1 gr. 28 »	1 gr. 35 »
Chlorures...	6 gr. 50 »	6 gr. 50 »

6 Novembre 1908. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Le rein enlevé est petit, ne pèse que 100 gr. Les lésions prédominantes sont ici des lésions de périnéphrite intense, la capsule étant très épaissie. Mais cependant peu adhérente. La surface extérieure est uniformément colorée en pus jaunâtre, anémique, bosselée dans sa totalité. A la face antérieure, surtout au pôle supérieur, on trouve un semis de granulations du volume d'un grain de millet. Au pôle inférieur, au niveau du bord externe, existe un kyste sanguin. A la coupe, il n'y a plus trace de substance uréduite ou corticale; de même les pyramides ont disparu; il existe trois ou quatre cavernules remplies de pus sanieux et quelques granulations.

Bassinets rétractés avec dégénérescence seléo-lipomateuse.

Examen histologique (Faysse) montre qu'il s'agit nettement de tuberculose.

5 Janvier 1909. — Après un mouvement fébrile, et un mauvais état général jugés par de la rétention purulente et fétide au niveau de la plaie, la malade s'est bien améliorée.

Urine encore assez trouble et pâle. Mictions: la nuit 6; le jour, 7. Capacité vésicale: 225 gr. Plaie incomplètement cictrisée.

7 Mars 1909. — Etat générale excellent; a beaucoup engraisé et sur ce point l'opération a donné un résultat des plus heureux.

Miction: 3 à 4 jour et nuit. Douleur: néant. Urine assez louche; nombreux globules; cultures: Staphylocoques; un léger degré d'hématurie parfois.

Une inoculation est faite.

OBSERVATION LXXXI

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire. — Guérison (inoculation négative) constatée cinq mois après.

C... Jean-Baptiste, menuisier, 43 ans, entre le 26 Août 1908, salle St-Pierre, n° 7, envoyé par le docteur Chatelux, de Lyon.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Mère morte probablement bacillaire. Personnellement, rhumatisme articulaire aigu il y a 3 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais de manifestation lithiasique, Blennorrhagie à 24 ans, suivie d'orchite.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Depuis 10 mois environ, le malade présente, à l'occasion du travail, des crises douloureuses, tantôt sourdes, tantôt paroxystiques et s'irradiant dans le testicule, au niveau de la région rénale droite. Pas de troubles de la miction. Il y a 3 jours, hématurie totale.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, toutes les 2 ou 3 heures ; la nuit, 2 ou 3. Non douloureuses.

URINE. — Franchement purulente, reeferme une quantité notable d'albumine (sang). Inoculation positive.

EXAMEN CYTOLOGIQUE (Faysse). — Globules blancs assez nombreux, quelques hématies, quelques cellules épithéliales. Cristaux d'urate de soude.

(Faysse). — Quantité des 14 heures : 1500 cc..

	Par litre.	Par 24 heures.
Urée.....	16 gr. 48	24 gr. 72
Phosphates	2 gr. 33	3 gr. 49
Chlorures	8 gr. 90	13 gr. 35

URETÈRE. — Un explorateur à boule n° 16 est arrêté au niveau de l'urètre membraneux : on ne sent pas la boule par le palper périméal.

VESSIE. — Capacité : 150 gr.

PROSTATE. — Prostate un peu dure, sillon médian très net.

REIN. — Non perçus.

TESTICULE. — Rien.

ETAT GÉNÉRAL. — Bon. Poids : 67 kgr. Rien au cœur ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral droit est normal. Le gauche est rouge, en forme de fente allongée, manifestement malade. Le cathétérisme de l'uretère droit donne issue par éjaculations à de l'urine d'abord jaune ambrée, plus pâle après diurèse provoquée. La première prise contient un peu d'albumine : le culot, après centrifugation, est constitué par des hématies en grand nombre, de nombreuses cellules épithéliales, et de très rares leucocytes,

Inoculation de l'urine du rein droit (quatrième prise) après 25 gr. d'écoulement : négative.

Inoculation de l'urine du rein droit (cinquième prise) après 40 gr. d'écoulement : négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine totale.	Urine droite.
Urée.....	12 gr. 97 par litre.	14 gr. 59 par litre.
Phosphates....	2 gr. 17 —	2 gr. 93 —
Chlorures.....	6 gr. 80 —	8 gr. 50 —

24 Novembre 1908. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé pèse 140 gr.. Sa forme est un peu allongée dans le sens vertical. Il est bosselé, ne présente pas cependant de lésions de périnéphrite.

A sa surface, il nous présente au niveau de son pôle supérieur et sur la moitié supérieure de sa face antérieure, une éruption granulique très intense, plus ou moins confluyente, suivant les points examinés, parsemés de quelques tubercules du volume d'une lentille ou d'un pois.

La moitié inférieure, de même que la face postérieure, ne présente que des lésions très disséminées, assez discrètes, consistant en quelques infarctus nettement spécifiques.

A la coupe anatomique, on ne trouve guère de lésions spécifiques, sauf à l'extrémité du pôle supérieur, où se voient quelques granulations très rares.

Les deux substances ne peuvent se différencier, ce qui joint à un ou deux petits kystes de la grosseur d'une tête d'épingle trouvés à la surface, caractérise la néphrite concomittante.

En des coupes faites au niveau des lésions, on voit quelques

tubercules caséifiés caractéristiques.

Dégénérescence fibro-lipomateuse du bassin.

25 Novembre 1908. — Etat inquiétant. Prostration. Vomissements bilieux tenaces. Pas de fièvre. Pouls bon.

26 Novembre 1908. — Les vomissements persistent. Facies altéré, Ventre plat. Pouls bon, Urine abondante.

Lavage de l'estomac. Il sort un peu de bile.

27 Novembre 1908. — Va mieux. Plus de vomissements. Ablation du mucus. Plaie en bon état.

(A noter qu'après l'opération, le malade se débattant violemment, on a fait une petite injection de morphine, pratique dont on s'abstient d'ordinaire après la néphrectomie. De plus, le malade dit vomir très facilement, à son ordinaire).

18 Janvier 1909. — Les suites ont été, après les premiers jours, très simples. Plaie non encore cicatrisée. L'état général est bon et s'améliore. Urine parfaitement limpide. Miction : le jour, 8 ; la nuit, 4 à 5, non douloureuse.

16 Mars 1909. — Etat général parfait. Poids : 67 kgr. 500. Plaie non complètement cicatrisée. Urine limpide. Mictions : quatre, jour et nuit.

Inoculation : négative.

OBSERVATION LXXXII

*Tuberculose rénale, bilatérale avec énorme pyonéphrose gauche
Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire gauche.*— Amélioration de l'état général et local.

Mme B... Claudine, 41 ans, envoyée par le Dr Martin (de Charolles), entre le 7 Janvier 1908, Salle Ste-Thérèse n° 5.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Père mort à 80 ans d'affection indéterminée; mère morte à 62 ans albuminurique; une sœur, atteinte d'affection vésicale avec piqure et pollakiurie pendant 8 ans, est actuellement guérie d'une façon spontanée (serait-ce une tuberculose rénale guérie par antonéphrectomie?). Personnellement, fluxion de poitrine à 9 ans; menstruation régulière depuis l'âge de 19 ans; mariée à 22 ans, elle a eu sept fausses

couches variant entre 2 et 4 mois : deux enfants et bien portants depuis l'âge de 30 ans, coliques hépatiques qui ont nécessité trois saisons à Vichy. Pas de signes de Σ .

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais de manifestations lithiasiques du côté des voies urinaires. Depuis 4 ans (à la suite de la dernière fausse-couche), ptose du rein droit.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a 6 mois environ, sans cause apparente, la malade qui urinait à peine 2 ou 3 fois par jour, vit le nombre de ses mictions augmenter rapidement et atteindre en Octobre 1906, le chiffre de 42 par heure. Les urines étaient troubles, laissant précipiter un dépôt. Au bout d'un mois, des douleurs très vives accompagnèrent la miction, puis se produisirent même en dehors de toute miction, au moindre ébranlement. La malade a expulsé quelquefois de petits caillots sanguins. •

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, la malade est obligé de se tenir constamment sur le vase. La nuit, le décubitus, dorsal diminue un peu le chiffre des mictions, elle peut rester 30 minutes, rarement une heure sans uriner.

La miction est douloureuse, la douleur se prolonge quelquefois après la miction sous forme de ténésme.

URINE. — Sans odeur, modérément trouble, renferme une quantité modérée d'albumine :

EXAMEN CYTO BACTÉRIOLOGIQUE. (Fayssé).

Examen direct : nombreux globules blancs isolés et en amas.

Pas de bacilles de Koch.

Pas d'autres micro-organismes.

Cultures stériles.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE	Par Litre	Par 24 heures
Urée	16 gr. 21	26 gr. 73
Phosphates	2 gr. 25	3 gr. 71
Chlorures	7 gr. 40	12 gr. 4
Albumine	0 gr. 75	1 gr. 23

Quantité d'urine en 24 heures : 1650 cc.

VESSIE. — Capacité : 40 gr.

TOUCHER VAGINAL. — Rien d'appréciable ; col entr'ouvert ; utérus un peu volumineux en position normale. Annexes : 0, on ne sent pas les uretères.

REINS ET URETÈRES. — Rein droit nettement perceptible fixé dans l'hypochondre droit. Rein gauche excessivement mobile, se trouve descendu dans le flanc et dans la fosse iliaque; il suit les mouvements de la malade et vient se placer, quand celle-ci se met dans le décubitus latéral droit. Dans la fosse iliaque droite, ce rein est très volumineux et l'on sent à la surface deux bosselures séparées par un sillon.

ETAT GÉNÉRAL. — Passable. Appétit suffisant. Poids : 55 kgr. Aux poumons, respiration rude au sommet gauche. Rien au cœur.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — La faible capacité vésicale exige l'anesthésie générale; on peut alors garnir la vessie à 70 gr. La vessie est recouverte sur toute la surface, mais surtout à gauche de débris purulents. L'orifice urétéral droit, situé sur une saillie en forme de museau de tanche à un aspect normal. A gauche, l'orifice urétéral est remplacé par une dépression dans laquelle la sonde soute sans avance. A droite, le cathétérisme permet d'obtenir de l'urine jaune ambrée, mais assez louche. Les diverses prises peu abondantes contiennent quelques hématies avec des globules de pus en quantité assez abondante et pareilles pour chaque prise.

Inoculation de l'urine droite positive.

4 Décembre 1908. — Etat général très amélioré : poids : 56 kgr. 500.

Mictions : la nuit, 20 à 30; le jour, les intervalles varient de 5 à 30. Urine trouble, sans odeur, renferme des globules blancs et de très rares globules rouges. Capacité vésicale : 30 gr. Le rein gauche présente toujours les mêmes caractères à la palpation; au toucher vaginal, on sent une saillie en un point qui paraît être l'extrémité vésicale de l'uretère droit; on ne sent pas l'uretère gauche.

18 Décembre 1908. — Une tentative de cathétérisme de l'uretère gauche échoue la sonde butant et ne cheminant pas, on fait une *séparation* qui fournit à gauche 1 gr. environ d'un liquide sanglant, tandis que le rein droit sous l'influence du Sérum, fournit une diurèse abondante.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssé).

	Urine totale	Urine droite.	Urine gauche
Urée.....	15 gr. 40 par litre	15 gr. 67 par litre	0 gr. 54 par litre
Phosphates .	3 gr. »	3 gr. »	» »
Chlorures...	7 gr. 20 »	7 gr. »	» »

Inoculation de l'urine droite positive.

Bien que le rein droit soit suspect, on se décide à intervenir en raison des énormes lésions soupçonnées à gauche.

9 Janvier 1909. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA CAPSULAIRE DROITE. — Le rein enlevé pèse 825 gr. Il est énorme, très bosselé, présentant l'aspect d'un rein polykystique, d'une consistance molasse. Sa surface est jaune rougeâtre. La capsule n'est pas adhérente et la décortication en est facile. A la coupe, il est constitué par 4 ou 5 grandes loges, du volume d'une grosse noix ou d'une petite mandarine, à parois très minces, grisâtres remplies de pus verdâtre très épais. L'uretère ne paraît pas très augmenté de volume, mais il n'en est pas de même de la couche celluleuse qui l'entoure qui est très enflammée. Au pôle supérieur adhère la capsule surrénale qui est indurée et remplie de Caséum.

3 Février 1909. — Suites simples. Plaie réunie par 1^{re} intention, sauf un point où persiste une fistulette. Mictions : le jour, 4 à 6 ; la nuit, 10 à 12. Capacité vésicale : 40 gr. Urine toujours très trouble.

15 Mars 1909. — La malade donne de ses nouvelles. Elle se dit très satisfaite, amélioration de l'état général. Localement, il y a également de l'amélioration, mais elle l'a fait remonter à la dernière séance d'examen.

Une nouvelle inoculation n'a pas été faite. Il faut attendre quelque amélioration des lésions vésicales.

8 Avril 1909. — Amélioration très nette et progressive des phénomènes de cystite. Le matin, la malade reste 2 heures sans uriner ; le soir et la nuit, attend rarement une heure. La plaie suppure encore un peu.

OBSERVATION LXXXIII

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire.

Mme B.... Rose, 26 ans, cultivatrice, entre à l'hôpital St-Joseph, le 13 Juillet 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Personnellement, adénites cervicales. Pleurésie sèche au sommet droit il y a un an. Jamais d'hémoptysie.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais de manifestations lithiasiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a un an, douleurs dans la région rénale gauche, sous forme de paroxysmes, s'accompagne de pollakiurie. Depuis trois mois, la douleur est venue s'ajouter à ces symptômes ; il y a deux mois, hématurie teintant légèrement en rouge l'urine qu'il renferme quelques caillots ; depuis les urines ont été sanglantes à de fréquentes intervalles.

MICIONS. — la nuit, quatre ou cinq ; le jour, tous les quarts d'heure. La miction est douloureuse.

URINE. — Franchement purulente. Cultures stériles.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse). — Quantité des vingt-quatre heures : 2.000 cc.

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	12 gr. 43	24 gr. 86
Phosphates	1 gr. 15	2 gr. 30
Chlorures.....	7 gr. 40	14 gr. 80
Albumine.	0 gr. 10	0 gr. 20

VESSIE. — Capacité : 100 gr.

REINS ET URETÈRES. — Utérus en rétroversion. Annexes : zéro. On sent l'uretère gauche.

REINS. — Rein droit mobile, ni douloureux, ni augmenté de volume. Point douloureux para-ombilical.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Poids : 53 kgr. Rien au cœur, ni au poulmons.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral droit normal ; orifice urétéral gauche rouge, à bords tuméfiés. Par le cathétérisme de l'uretère droit on obtient des évacuations d'une urine d'abord pâle, puis plus foncée. La première prise de 6 gr. est très pâle, pas d'albumine ; la deuxième prise de 6 gr. contient quelques globules blancs (culot) ; le troisième culot contient des globules blancs en assez grand nombre et quelques amas des globules blancs.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine Totale	Urine Droite
Urée.....	9 gr. 72 par litre	11 gr. 62 par litre
Phosphates.....	1 gr. 15 —	1 gr. 80 —
Chlorures.....	4 gr. 50 —	11 gr. 20 —
Inoculation de l'urine droite (cinquième prise) {		négative.
— — — (sixième prise) }		

La prise pour inoculation a été effectuée après 20 gr. d'écoulement par la sonde urétérale.

La discordance entre l'examen cytologique des urines et les résultats de l'inoculation laissant des doutes, on refait le cathétérisme de l'uretère droit le 13 Novembre 1908. La première prise est constituée par de l'urine limpide ne renfermant ni albumine, ni leucocytes, ni hématies. Une deuxième prise, après 25 gr. d'écoulement, renferme des globules rouges et des globules blancs isolés et en amas.

Inoculation avec une prise recueillie après 6 à 7 gr. d'écoulement : positive.

Inoculation avec une prise recueillie après 25 gr. d'écoulement : négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine Droite	Urine Totale
Urée.....	14 gr. 05	2 gr. 70
Chlorures.....	7 gr.	3 gr.
Phosphates.....	1 gr. 85	0 gr. 37

11 Janvier 1909. — Etat général assez bon. Rein droit très mobile, non augmenté de volume et non douloureux. Rein gauche également mobile, mais douloureux, globuleux et bosselé. La pression sur le trajet de l'uretère est douloureuse, particulièrement au niveau du promontoire. On se décide à

intervenir bien qu'il y est quelque doute sur l'intégrité de l'autre rein.

16 Janvier 1909. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA CAPSULAIRE DROITE. — L'organe enlevé renferme du pus fluide en assez grande quantité. Une fois vidé de son contenu, il pèse 175 gr. A la coupe, le parenchyme rénal est en grande partie détruit et remplacé par de nombreuses cavernes parsemées dans toute l'épaisseur de l'organe, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une noix. Dégénérescence fibro-lipomateuse très accentuée. Le rein a sa surface bosselée par plusieurs abcès qui s'ouvrent à l'intérieur de l'organe.

14 Février 1909. — Suites très simples. Plaie complètement cicatrisée. Urine à peu près limpide. Mictions : la nuit, 3 à 4 ; le jour, toutes les heures.

27 Février 1909. — Se plaint de douleurs vésicales. Urine encore trouble avec une quantité modérée d'albumine.

15 Mars 1909. — La plaie s'est rouverte sur une petite étendue. Etat général ne se remonte pas sensiblement.

L'inoculation n'a pas été faite, l'urine étant encore nettement purulente.

OBSERVATION LXXXIV

Tuberculose rénale gauche à forme caverneuse. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire.

M... Jean, employé, est vu pour la première fois le 14 Octobre 1908, envoyé par le Docteur Gros, de la Tour-du-Pin.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire. Personnellement, célibataire ; a eu il y a 10 ans, pendant 1 ou 2 mois, une congestion du sommet droit avec légère hémoptysie. Il y a 3 ans, sciatique droite ayant duré 11 mois et ayant laissé un peu de douleur.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Blennorrhagie il y a 15 ans, ayant duré un mois, depuis le malade constate parfois une goutte matutinale. Pas de manifestations lithiasiques.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — A Pâques dernier, à la suite d'une chute et une bonguo, le malade a pissé du sang

pendant un jour ; puis tout est rentré dans l'ordre ; mais il est probable que l'urine est resté trouble. Il y a 3 mois 1/2, colique néphrétique gauche avec irradiation dans le testicule, s'accompagnant d'une orchite gauche de 15 jours de durée et d'urétrite. Depuis lors, de temps en temps, pollakiurie et douleur à la miction. Ces jours derniers, nouvelle poussée d'orchite dans le testicule gauche.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, 3 à 4 ; le jour, 8. Sensation de brûlure au début de la miction.

URINE. — Très purulente, renferme une quantité modérée d'albumine.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse). Quantité en 24 heures : 1800 gr.

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	19 gr. 73	35 gr. 51
Phosphates....	1 gr. 72	3 gr. 09
Chlorures	7 gr. 10	12 gr. 78
Albumine	0 gr. 25	0 gr. 45

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE. (Mérieux).

Examen direct : Pas de bacilles de Koch.

Nombreux cocci.

Cultures : Bactérium Coli.

Inoculation : Positive.

URETÈRE. — Une sonde Nélaton n° 18, passe difficilement.

VESSIE. — Capacité : 350 gr.

PROSTATE. — Le lobe gauche est nettement et fortement saillant et la base de la vésicule correspondante est un peu empâtée. Rien au lobe droit.

REINS ET URETÈRES. — Ni perceptibles, ni douloureux.

TESTICULES. — L'épididyme gauche est volumineux, assez dur, indolore ; le canal défèrent correspondant est un peu gros. Rien à droite.

ETAT GÉNÉRAL. — Médiocre. Le malade est pâle, amaigrit. Poids : 70 kgr. Poumons : Respiration un peu souffrante au sommet droit. Rien au cœur.

CYSTOSCOPIQUE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral gauche entouré d'une muqueuse rouge et irrégulière ; orifice urétéral droit normal en fente ; les deux orifices sont très rapprochés du col de la vessie, comme soulevés par le lobe

saillant de la prostate. Au cathétérisme de l'uretère droit, on a de l'urine limpide, jauné ambrée, ne renfermant pas d'albumine et donnant un culot constitué par quelques globules rouges.

Inoculation avec une prise recueillie après 8 jours d'écoulement : négative.

Analyse Chimique (Mérieux).

	Urine totale	Urine droite
Urée.....	4 gr. 86 par litre	12 gr. 16 par litre
Chlorures.....	2 gr. 63 »	11 gr. 70 »
Phosphates....	0 gr. 43 »	0 gr. 50 »

30 Janvier 1909. —

REINS. — Le rein enlevé pèse 160 gr. L'aspect extérieur est absolument normal. mais à la coupe, on trouve au pôle supérieur une caverne de la grosseur d'une noisette et communiquant nettement avec le bassinnet. Pas d'autres lésions tuberculeuses macroscopiques. La muqueuse du bassinnet paraît normale.

28 Février 1909. — Suites simples. Urine améliorée, mais contenant encore beaucoup de petits grumeaux punctiformes; traces minimes d'albumine. Etat général passable. La plaie s'est réunies par première intention sauf l'orifice du drain.

26 Mars 1909. — Lettre du malade : « plaie fermée sauf une petite fistule, urine toujours louche ; mictions : le jour, cinq à six ; la nuit, une à deux ; pas de douleur ; état général très bon ; brillant appétit, et forces presque revenues à l'état normal. A engraisé de deux kgr. depuis la sortie ».

OBSERVATION LXXXV

Tuberculose rénale à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire.

Mlle L... Marie, 18 ans, entre à l'hôpital St-Joseph, le 17 Janvier 1909.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire. Personnellement, scarlatine dans l'enfance, dite

suppurée à 13 ou 14 ans, bien guérie ; à 15 ans, bronchite ayant duré 1 mois, sans hémoptysies ; elle n'a pas toussé depuis ; menstruation assez régulière depuis l'âge de 15 ans.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection a débuté insidieusement il y a à peu près un an : la malade souffrait légèrement en urinant et remarqua que ses urines abandonnaient par le repos un sédiment assez abondant. A partir du mois d'Août, augmentation progressive du nombre des mictions et polyurie. L'aspect des urines était variable : tantôt limpides, tantôt troubles, tantôt noirâtres. A trois ou quatre reprises, elle a présenté, à côté de symptômes locaux consistant en hématuries, oligurie et augmentation du volume du rein gauche, des phénomènes généraux, température à 40°. N'a jamais souffert du rein, ni de la vessie.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, toutes les 2 heures ; la nuit, 5 ou 6. La douleur, d'intensité moyenne n'existe que pendant les périodes d'hématurie, quand la malade élimine des caillots moulés.

URINE. — Trouble, franchement purulente.

EXAMEN CYTOBACTÉRIOLOGIQUE. (Faysse).

Examen direct : Nombreux globules blancs.

Nombreuses cellules épithéliales.

Quelques globules rouges.

Plusieurs amas de B. de Koch.

Cultures : Stériles.

Inoculation : Négative.

ANALYSE CHIMIQUE Quantité d'urine du uycémère : 1100 cc.

	Par litre	Par 24 heures
Urée	17 gr. 56	19 gr. 31
Chlorures	7 gr. 20	7 gr. 92
Phosphates	1 gr. 17	1 gr. 28

VESSIE. — Capacité : 140 gr.

TOUCHER VAGINAL. — Utérus et annexes : 0. On sent très bien l'uretère gauche ; on ne sent pas le droit.

REINS ET URETÈRES. — On ne sent pas le rein droit. Le rein gauche est très nettement perçu à la palpation et augmenté de volume.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Assez bon.

Rien au cœur, ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral gauche apparaît comme un large trou et il est certainement lésé ; de même la zone urétérale droite où l'on ne distingue pas tout d'abord d'orifice qui siège sur une petite saillie. A droite, on obtient de l'urine en grande abondance : urine jaune ambrée, d'une l'impidité parfaite, cependant la centrifugation d'une prise effectuée après 30 gr. d'écoulement montre qu'elle renferme des lencocytes assez peu nombreux, mais nets, isolés ; on trouve aussi un petit amas d'une dizaine de lencocytes. Prise pour inoculation après 40 gr. d'écoulement. A gauche, la sonde doit d'abord être désobstruée des grumeaux purulents qui l'encombrent par une injection d'eau bouillie ; on obtient ensuite 2 cmc. d'un liquide fortement purulent.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine Totale	Urine Droite
Urée.....	10 gr. 81 par litre	8 gr. 10 par litre
Phosphates.....	1 gr. 37 —	0 gr. 95 —
Chlorures.....	8 gr. 40 —	4 gr. 60 —

Inoculation avec l'urine droite (quatrième prise) : négatives

— — — (sixième prise) : —

30 Janvier 1909. —

REINS. — Le rein enlevé pèse 260 kgr. ; il est fortement bosselé et fluctuant. La capsule et la surface extérieure de l'organe présentent d'assez nombreux tubercules. A la coupe, l'organe renferme de nombreuses cavernes, dont certaines atteignent les dimensions d'une noix renfermant du pus. Il n'existe qu'une portion infinie de parenchyme macroscopiquement sain. Urétrite très marquée.

15 Février 1909. Suites très simples. Port en bon état et persiste une fistule.

26 Mars 1909. — Lettre du docteur Jondeau (de Châlons). « Il persiste une fistule ; état général assez bon. Mictions : le jour, toutes les heures ; la nuit, quatre à cinq.

OBSERVATION LXXXVI

Tuberculose rénale gauche à forme caverneuse. Cathétérisme urétéral. Nephrectomie lombaire.

Mme G... Marie, 31 ans, tisseuse, vient consulter le 8 Décembre 1908, envoyée par le docteur Morel, de Bourg-de-Thizy.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler au point de vue héréditaire. Personnellement, aurait eu il y a 10 ans un abcès au niveau de la région cubitale inférieure droite, peut-être d'origine osseuse. Pas d'affection pulmonaire. Un enfant mort-né en Avril 1907.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — A été sondée à la suite d'un accouchement.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a deux ans et demi, un mois après son mariage, la malade eût une crise néphrétique gauche très violente, bien caractérisée; le même fait se reproduisit 3 mois après, puis de temps en temps, à intervalles très irréguliers, l'ayant forcée à quitter son travail. Depuis un mois les douleurs sont continues.

Etat actuel :

MICCTIONS. — Très fréquentes : quelquefois 20 par heure; d'autres fois les intervalles sont d'une demi-heure à une heure. Douleur très violente.

URINE. — Fortement purulente, trouble, sans odeur, renfermant un peu d'albumine.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

Examen direct : nombreux leucocytes, rarissimes hématies, amas de bâtonnets rouges pouvant faire penser aux bacilles de Koch. Nombreux cocci.

Cultures : staphylocoques.

Inoculation : négative,

Une inoculation faite ultérieurement a été positive.

ANALYSE CHIMIQUE. — Quantité des urines du nyctemère : 1300 cc.

	Par litre.	Par 24 heures.
Urée.....	21 gr. 35	27 gr. 75
Phosphates.....	1 gr. 75	2 gr. 27
Chlorures.....	5 gr. 80	7 gr. 54
Albumine.....	0 gr. 80	1 gr. 04

VESSIE. — Capacité : 90 gr.

TESTICULES. — Utérus en rétroversion. Annexes : 0. On sent un peu l'uretère gauche.

REINS — On ne sent pas le rein droit. Le rein gauche est un peu augmenté de volume, légèrement douloureux à la pression.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Un peu de bouffissure. Poids : 77 kgr. 600. Appétit médiocre.

CYSCOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral droit normal. On obtient par son cathétérisme une première prise renfermant de l'albumine en assez grande quantité, beaucoup de leucocytes dont plusieurs en amas; après 10 gr. d'écoulement, on obtient un culot contenant du sang et à peu près pas de leucocytes : il est donc à croire que la première prise a été souillée par le liquide de la garniture. Prise par inoculation après 14 cc. d'écoulement.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayse).

	Urine totale.	Urine droite.
Urée.....	18 gr. 02 par litre.	16 gr. 21 par litre,
Phosphates.....	1 gr. 32 —	1 gr. 25 —
Chlorures.....	6 gr. —	9 gr. —
Albumine.....	1 gr. 10 —	1 gr. 50 —

Inoculation de l'urine droite : négative.

Elimination complète du glucose en une heure et demie, après une injection de 0,010 milligr. de phloridzine.

Elimination très faible, remplacée souvent par du chromogène.

Ces deux épreuves ont été faites en raison de la présence de l'albumine du côté supposé sain.

9 Février 1909. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA LOMBAIRE DROITE. — Pincées à demeure. Le rein enlevé est très augmenté de volume (poids : 280 gr.). Il existe de très nombreuses

granulations à la surface. L'organe est très bosselé, surtout à sa partie supérieure. A la coupe, ce pôle supérieur et le centre de l'organe sont farcis de cavernes. Inoculation du fragment du rein : positive.

15 Février 1909. — Suppuration qui a nécessité l'ablation des fils.

16 Mars 1909. — Etat général amélioré. Mictions : toutes les 30 à 45 minutes ; la dysmie persiste. La plaie, largement ouverte en raison de l'infection, a bourgeonné activement et elle est actuellement comblée en grande partie. Urines encore troubles, avec beaucoup d'albumine.

Exeat.

OBSERVATION LXXXVII

Tuberculose rénale gauche à forme pyonéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire gauche. Erysipèle de la face.

Mme S.... Marie, 52 ans, entre le 8 Février 1909, salle Sainte-Thérèse, n° 4. Envoyé par le docteur Desportes, de Trévoux.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien au point de vue héréditaire. Au point de vue personnel, bonne santé habituelle, sans une pharyngite chronique. La malade a été marié deux fois ; son premier mari est mort il y a vingt-trois ans de bacillose pulmonaire ; deuxième mari vivant, bien portant. Il s'agit d'une femme extrêmement obèse. Depuis très longtemps, le soir, elle présenterait de l'œdème péri-malléolaire.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Jamais de manifestations lithiasique.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle remonterait, au dire de la malade, à six ans, c'est-à-dire, à l'époque de sa ménopause ; elle aurait été marquée alors par la sensation de fatigue se produisant plus facilement et des douleurs lombaires plutôt marquées à gauche.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, sept à huit ; la nuit, trois ou quatre. Non douloureuse.

URINE. — Presque limpide, renfermant un peu d'albumine ;

mais si on lave la vessie ou si l'on palpe le rein, le liquide ressort bien plus trouble. L'examen bactériologique qui a été fait antérieurement sur le conseil du docteur Desportes a été positif au point de vue tuberculeux.

✓ EXAMEN CYTO BACTÉRIOLOGIQUE. (Fayssé).

Examen direct : nombreux globules blancs.

Quelques globules rouges.

Quelques cellules épithéliales.

Nombreux amas de bacilles de Koch.

Cultures : stériles.

Inoculation : positive.

ANALYSE CHIMIQUE. — Quantité d'urine en vingt-quatre heures : 1.300 cc.

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	21 gr. 62	28 gr. 40
Phosphates.....	0 gr. 51	0 gr. 66
Chlorures.....	8 gr.	10 gr. 40
Albumine.....	0 gr. 25	0 gr. 32

VESSIE. — Capacité : 250 gr.

REINS ET URETÈRES. — Rein gauche très augmenté de volume et sensible à la pression (constatation d'autant plus importante que la malade est très obèse). On ne sent pas les uretères au toucher vaginal.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Habillée, pesait 110 kgr. en Juin dernier. Actuellement, pèse en chemise 88 kgr. Cœur : zéro. Poumons : quelques râles de bronchite. Depuis plusieurs mois, état fébrile important.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Orifice urétéral droit normal ; orifice urétérale gauche est entouré de plis radiés.

A gauche, la sonde pénètre de 2 cm. environ et bute ; il ne sort pas une goutte d'urine. A droite, on obtient de l'urine jaune ambrée sortant par éjaculations, renfermant d'assez nombreux globules rouges et de très rares leucocytes.

SÉPARATION DES URINES. — Appareil de Luys. On n'obtient rien à gauche.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine totale	Urine droite
Urée.....	19 gr. 13 par litre	18 gr. 91 par litre
Phosphates	3 gr. 50 »	3 gr. 27 »
Chlorures.....	11 gr. »	11 gr. »

Inoculation de l'urine droite. Négative (recueillie par réparation).

16 Février 1909. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA CAPSULAIRE DROITE. — Pincés laissées à demeure vu la profondeur de la plaie qui rend la ligature impossible.

Le rein enlevé est très volumineux, renfermant au moins un demi-livre de pus jaunâtre et fétide. Il présente des lésions très avancées, constituées par des cavernes de volume variable de celui d'une noisette à celui d'un œuf de poule. Lésions de périnéphrite très marquée. En raison du pus et de l'obésité, un seul point de suture la partie inférieure.

26 Février 1909. — Elévations de température jugée par une suppuration assez abondante de la plaie, le fil a été enlevé. Mais le pus a de la tendance à passer sous la peau et entre les énormes masses graisseuses qui font saillie et s'accolent les unes aux autres.

Les pansements ont du être fait avec grand soin, en interposant de lanières de gaze entre les lobules graisseux.

Actuellement la température a baissé et toute crainte d'infiltration purulente a disparu.

Mais la malade qui se plaignait d'avoir le nez enchifréné et qui sans doute y portait les doigts, est prise d'un érysipèle de la face.

Mars 1909. — L'érysipèle n'a pas été grave et a disparu en quelques jours.

20 Mars. — La plaie bourgeonne. Etat général et local satisfaisant.

20 Avril. — Plaie cicatrisé, a toujours un peu de fièvre la nuit.

OBSERVATION LXXXIVII

Tuberculose rénale droite à forme hydronéphrotique. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire.

Mlle R.... Augustine, 31 ans, entre salle Sainte-Marie, n° 8, le 22 Décembre 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Néant.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection a débuté il y a six mois par des douleurs en ceinture, sans irradiations dans le bas-ventre, en même temps douleur à la miction, pollakiurie et légère hématurie.

Etat actuel :

MICTIONS. — la nuit, deux à trois; le jour, toutes les deux heures Douleur à la fin de la miction.

URINE. — Purulente, sans odeur.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. (Mérieux) :

Examen direct : pas de bacilles de Koch. Rons cocci.

Cultures aérobies : stériles.

Cultures anaérobies : donnent cocci.

Inoculation positive.

ANALYSE CHIMIQUE (Fayssse).— Quantité nyctémérale : 1.250 gr..

	Par litre	Par 24 heures
Urée.....	19 gr. 18	23 gr. 97
Phosphates .	1 gr. 92	2 gr. 40
Chlorures...	7 gr. 60	9 gr. 50
Albumine...	0 gr. 40	0 gr, 50

VESSIE. — Capacité vésicale : 200 gr.

URETÈRES. — Utérus en rétroversion; annexes : zéro. On sent un peu l'uretère gauche.

REINS ET URETÈRES. — On sent le rein droit. La malade dit souffrir spontanément à droite. Rein gauche : zéro.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Bon. Poids : 66 kgr. 400. Cœur et poumons : zéro.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — L'orifice urétéral droit apparaît sous la forme d'un large trou. Le gauche est normal.

On cathétérise l'uretère gauche: on obtient de l'urine limpide abondante (polyurie), renfermant un ou deux globules blancs et beaucoup de cellules épithéliales.

A droite, le cathétérisme ne donne rien.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

Cultures : Stériles.

Inoculations :

Avec troisième prise (après 30 gr. d'écoulement): négative.

Avec quatrième prise (après 65 gr. d'écoulement: négative.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse).

	Urine totale	Urine gauche
Urée.....	19 gr. 45 par litre	4 gr. 86 par litre
Phosphates.	2 gr. 88 »	0 gr. 45 »
Chlorures...	11 gr. »	4 gr. 90 »

1^{er} Avril 1909.— INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA CAPSULAIRE DROITE. — Ligature du pédicule.

Le rein enlevé est notablement augmenté de volume (poids: 246 gr.), de coloration et d'aspect normal. Pas de périnéprite. La surface extérieure est recouverte de granulations isolées ou confluentes. A la coupe, le tissu a un aspect normal, mais remplacé en divers point par des kystes dûs manifestement à une dilatation considérable des calices et du bassinet: l'un de ces kystes occupe presque tout le pôle inférieur, au niveau duquel le parenchyme est réduit à une mince membrane; la paroi interne de ces kystes est grisâtre et vésiculeuse; leur contenu est de l'urine trouble. Le bassinet proprement dit présente au point d'abouchement de l'uretère un tubercule induré, développé aux dépens de sa paroi, dont le centre est ramolli.

Pas d'urétérite.

Suites très bonnes.

10 Mai 1909.— A eu un peu de fièvre et quelques douleurs améliorées par l'issuë de pus par la plaie qui n'est pas complètement cicatrisée.

OBSERVATION LXXXIX

Tuberculose rénale gauche à forme nodulaire prédominante. Cathétérisme urétéral. Néphrectomie lombaire.

Mlle C... Marguerite, 18 ans, entre le 15 Octobre 1908.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. — Rien à signaler,

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. — Néant.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a un an, a eu de la douleur à la miction et de la pollakiurie. Ces symptômes ont augmenté. A l'époque de Pâques a éprouvé des douleurs pendant trois semaines. Depuis le 4 Août, trois ou quatre crises de coliques néphrétiques gauches s'irradiant dans la vessie, avec des envies d'uriner. Hématurie assez abondante après une crise.

Etat actuel :

MICTIONS. — La nuit, tous les quart-d'heure et plus ; le jour, les intervalles varient de 30 minutes à une heure. Dysmie.

URINE. — Fortement purulente, sans odeur.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. (Mérieux),

Examen direct : pas de bacilles de Koch.

Cultures : stériles.

Inoculation : positive.

ANALYSE CHIMIQUE (Faysse). Quantité de nyctémère : 1000 cc.

Urée 17 gr. 56 par litre

Phosphate 1 gr. 89 »

Chlorures 9 gr. »

VESSIE. — Capacité : 50 gr.

REINS. — Ni perceptibles, ni douloureux.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Bon. Rien au cœur, ni aux poumons. Poids :

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL — Les deux orifices sont béants et paraissent malades, surtout le gauche. Adrotie, on obtient de l'urine limpide qui dans une première séance, renferme quelques globules de pus et dans une seconde n'en renferme pas. Le pus trouvé dans la première séance peut être rapporté vraisemblablement au milieu vésical. A gauche, urine purulente.

ANALYSE CHIMIQUE :

	Urine totale	Urine gauche
Urée..... par litre	16 gr. 48	8 gr. 64
Phosphates .. »	2 gr.	2 gr.
Chlorures.... »	8 gr.	4 gr.

9 Avril. — Etat général très défectueux. P. : 140 gr. On se décide à attendre.

21 Avril. — L'urine quoiqu'encore assez louche et contenant toujours un peu d'albumine, s'est clarifiée. Mais en même temps est survenue une élévation de température, des vomissements et des douleurs rénales. P. : 140.

EPREUVE DU BLEU DE MÉTHYLENE. — Elimination bonne, se faisant surtout sous forme de chromogène. La quantité de pus et d'albumine (après filtration) varie extrêmement d'un verre à l'autre.

27 Avril 1900. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE (suivie de la résection de la capsule). — Pincées sur le pédicule. Le rein enlevé pèse 205 gr. Très augmenté de volume et bosselé. Une fonction permet d'en retirer 250 gr. environ de pus fétide; sa surface est jaunâtre, parsemée de granulations.

A la coupe, il s'agit d'une forme caverneuse; le tissu rénal est à peu près complètement disparu. Le pôle supérieur est occupé par une caverne de la grosseur d'une mandarine.

Dégénérescence scléro-lipomateuse du bassin.

Périnéphrite intense propagée à l'uretère gauche.

SUITES SIMPLES. — Pas de signes d'insuffisance urinaire

Malade en cours de traitement.

OBSERVATION XCI

M^{me} U. Maria, 32 ans.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — En 1907. par douleurs lombaires, puis phénomènes vésicaux.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, toutes les dix minutes. La nuit, toutes les heures, douloureuse.

Analyse chimique (urines recueillies dans des Cathétérismes différents).

	Urine totale	Urine droite	Urine gauche
Urée.. par litre	14 gr. 86	21 gr. 08	16 gr. 48
Phosphates —	1 gr. 75	2 gr. 37	0 gr. 45
Chlorures. ---	8 gr.	12 gr.	2 gr.

Inoculations :

Inoculation avec la 2^e prise de l'urine gauche, positive.

» 4^e (1) » » droite, négatives.

» 6^e (2) » » »

» 7^e (2) » » »

3 Mars 1909. — INTERVENTION. NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE EXTRA CAPSULAIRE DROITE. — Ligature du pédicule.

Le rein enlevé pèse 126 gr. La surface extérieure du rein est parsemée de très nombreuses granulations. A la coupe, les lésions sont localisées au niveau du pôle supérieur qui présente trois cavernes. Degénérescence scléro-lipomateuse et légère dilatation du bassin et des calices.

7 Avril 1909.. — Suites simples. Cependant les phénomènes vésicaux sont plus accentués qu'avant l'intervention ; l'urine est nettement colorée en rouge.

20 Avril 1909. — Amélioration des symptômes vésicaux, Mictions : la nuit, 6 ; le jour, toutes les heures. Douleur moindre à la miction.

12 Mai 1909. — Plaie presque complètement cicatrisée.

OBSERVATION XC

Joséphine F..., 39 ans, adressée par le docteur Beaupaire, de Salornay-sur-Guy, entre le 5 avril 1909, salle Sainte-Marie n° 10.

ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX. --- Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS SPÉCIAUX. --- Jamais de manifestations lithiasiques.

A été sondée antérieurement.

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — L'affection actuelle a débuté il y a deux ans et demi par des douleurs survenant à la fin de la

miction, par des douleurs hypogastriques qui s'atténuèrent à la suite des lavages nitratés, et de la pollakiurie ayant atteint parfois dix mictions par heure.

Il y a un an et demi légères hématuries ayant duré pendant trois semaines.

N'a jamais souffert dans les reins sauf depuis six semaines, époque à laquelle sont apparues des douleurs dans le rein droit, s'accompagnant d'un état fébrile anorexie et quelques vomissements. Ces symptômes se sont améliorés il y a huit jours environ.

URINE. --- Franchement purulente; disque d'albumine. Sucre: 0.

ANALYSE CHIMIQUE DES URINES. --- Quantité nycténérale: 1.500 grammes.

	par litre	par 24 heures
Urée.....	10 gr. 54	15 gr. 81
Phosphates	0 gr. 43	0 gr. 64
Chlorures.....	6 gr. 30	9 gr. 45
Albumine.....	0 gr. 30	0 gr. 45

ANALYSE BACTÉRIOLOGIQUE. --- Cultures stériles.

Inoculation positive.

VESSIE. --- Capacité vésicale: 45 gr.

REINS ET URETÈRES. --- La région de l'hypochondre droit est occupé par une masse de consistance assez dure s'étendant en dedans jusqu'au voisinage de la ligne médiane, et descendant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de la crête iliaque.

Le rein gauche est nettement perçu.

TOUCHER VAGINAL. --- On sent l'uretère gauche.

ÉTAT GÉNÉRAL. --- Médiocre.

Rien au cœur, ni aux poumons.

CYSTOSCOPIE, CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. --- Urine totale assez trouble.

L'orifice urétéral gauche est semi-lunaire, comme entr'ouvert bien que la muqueuse paraisse tout à fait saine. L'orifice urétéral droit est occupé par un gros grumeau de pus qui l'obture complètement. A gauche, on obtient de l'urine d'abord d'un beau jaune ambré, puis pâle, puis enfin plus foncée; la première prise contient des traces d'albumine, le culot renferme de rarissimes globules blancs, quelques cellules épithéliales, et une trainée de cellules, qui sont probablement des globules rouges.

URINE. — Purulente. Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 70 grammes.

TOUCHER VAGINAL. — On sent l'uretère droit fortement augmenté de volume.

REINS. — On sent un peu le pôle inférieur des deux reins.

ETAT GÉNÉRAL. — Assez bon. Rien au cœur, ni aux poumons.

Poids 46 k.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Démontre la supériorité fonctionnelle du rein. Inoculation de l'urine gauche négative.

11 mai 1909. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE DROITE. — Rein petit à forme caverneuse.

OBSERVATION XCII

Mlle Auz., 21 ans, malade du docteur Reynaud (de Nîmes).

DÉBUT DE L'AFFECTION ACTUELLE. — Il y a quatre ans par phénomènes vésicaux qui s'amendent ensuite.

Etat actuel :

MICTIONS. — Le jour, 5 à 6 ; la nuit 2 à 3. Dououreuses.

URINES. — Purulentes. Inoculation positive.

VESSIE. — Capacité : 200 gr.

ETAT GÉNÉRAL. — Excellent. Poids 77 k.

CYSTOSCOPIE ET CATHÉTÉRISME URÉTÉRAL. — Montre l'intégrité fonctionnelle du rein droit. Inoculation de l'urine droite négative.

11 mai 1909. — NÉPHRECTOMIE LOMBAIRE SOUS-CAPSULAIRE GAUCHE. — Forme pyonéphrotique.

CONCLUSIONS

- I. — L'indication opératoire dans la tuberculose rénale résulte des troubles généraux et locaux causés par cette affection, et de son incurabilité en dehors de la suppression de l'organe atteint.
- II. — Les troubles généraux qui se manifestent par une altération plus ou moins profonde de l'organisme sont rapidement et très favorablement influencés par la néphrectomie.
- III. — Les troubles locaux, et en particulier les phénomènes de cystite sont atténués et même disparaissent parfois complètement après l'intervention. Toutefois, les lésions de la vessie disparaissent d'autant plus sûrement que l'opération aura été plus précoce.
- IV. — La mortalité opératoire, importante au début de la pratique de la néphrectomie, s'est considérablement amoindrie, et le risque opératoire est actuellement très minime grâce à l'emploi des procédés modernes d'exploration des fonctions rénales.

- V. — Toute néphrectomie devra être précédée d'un examen instrumental en vue de recueillir séparément les urines des deux reins pour les soumettre à l'examen cytologique, bactériologique et chimique.
- VI. — Le procédé de choix pour recueillir les urines séparées des deux reins, est le cathétérisme urétéral du rein supposé sain.
- VII. — L'unilatéralité de la lésion rénale est la condition préalable de la néphrectomie ; toutefois l'indication opératoire peut encore se présenter dans quelques cas de lésions bilatérales.
- VIII. — Des faits nombreux attestent la persistance de la guérison après la néphrectomie en l'absence ordinaire de l'envahissement de l'autre rein.

Vu :

Le Président de la Thèse,

J. TEISSIER.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 Juin 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Lésions du rein du côté opposé de la tuberculose rénale unilatérale. — *Annales des voies génito-urinaires*. T. 26, n° 22.
- BERNARD ET SALOMON. — Rétention rénale tuberculeuse expérimentale. *Bull. et mémoires de la Soc. anat.*, n° 9. Nov. 1906.
- BIRCHER. — Die Behandlung der Nierentuberculose mit Röntgenstrahlen. *Münch. med. Wochenschrift*, n° 51, 1907.
- BLUM. — Nierentuberculose. Sammelbericht. Fall von dierentuberculose. *Wien-Klin-Vochersch*, 1908. — XXI. — 337.
- V. BRUNS. — Démonstration macroscopischer præparate von Nierentuberculose. *med. naturwissenschaftl. Verem Tübingen*, 3 avril 1907.
- CATHELIN. — Le diagnostic et le traitement chirurgical de la tuberculose rénale. *Folia urologica*. T. I. — C. 2. — 1907.
- Hématonéphrose sous-capsulaire dans une tuberculose rénale caverneuse ; néphrectomie. *Bull. et mém. de la Soc. anat.* n° 5., 1907.
- Gros rein tuberculeux ; néphrect. *Bull. soc. de chir.*, 3 mars 1908.
- Tuberculose unilatérale du rein. *Bull. soc. anat.* n° 7. Mars 1906.

- CHALIER. — Néphrectomie dans la tuberculose rénale au début. *Soc. soc. méd. Lyon*, 13 nov. 1907. *Lyon méd.* n° 48, 1907.
- CHARRIER. — Tuberculose bilatérale du rein. *Soc. anat. et pharm. Bordeaux*, 7 nov. 1907; *Journal de méd. de Bordeaux*, n° 52, 1909.
- DELBET. — Tuberculose rénale. *Association franç. d'Urologie*, 22 oct. 1907. *Annales des mal. des org. gén.-urin.* n° 12, 1907.
- DESCHAMPS. — Contribution à l'étude de la guérison spontanée de la tuberculose du rein. *Ann. des mal. des org. gen.-urin.*, n° 8, 1907.
- DESNOS. — Diagnostic de la tuberculose rénale. *Neuvième Congrès méd. Paris*, 14-16 oct. 1907. *Presse méd.* n° 83 1907, p. 684.
- DUHOT. — La tuberculose rénale et son traitement opératoire : deux cas de néphrect suivis de guérison. *Ann. de la polyclinique centrale de Bruxelles*, Nov. 1906. *Ann. des maladies des org. génito-urinaires*. n° 13, 1908.
- Quatre nouveaux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. *Ann. des mal. org. gén. urin.* n° 22, 1907.
- EKEHORN. — Beitrag zur Kenntniss der Wachstumstopographie der Tuberkellazillen in der Niere bei Tuberkuloser Nephritis. *Archiv für kln. chir.* Bd. 84. 1907.
- FULLERTON. — Tuberculous kidney. *Brit. med. association*, nov. 13, 1907.
- GOTEL. — Zur experimentellen Diagnose der Nierentuberculose. *Med. klinik* 1907, p. 1.487.
- GOLDBERG. — Hat die kulturelle Harnuntersuchung für Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankung der Harnwege praktische bedeutung? *Centralbl. für im. med.* n° 16, 1907.

- GREKOFF. — Über Tuberkulose der Nieren und Harnblase. *Russ. archiv. für chir.* Bd. 23.
- GURN. — Symptoms of tuberkulose of the urinary treatment. *Lancet.* march. 16, 1907.
- HERESCO. — Zuei Nierenextirpationen wegen pyonephrose und tuberculose. *Reviste de chir.* n° 1, p. 44.
- Der Wert der chir. Intervention in der Nierentuberculose. *Reviste med.* n° 2, p. 699.
- HOCK. — Nephrectomie bei weit vorgeschrittener Nieren tuberculose. — *Prager méd. Wochensch.* n° 50, 1907.
- HOLLANDER. — Zur Bethandlung der Nieren tuberculose. *Allgememe méd. Lentval Ltq.*, n° 1, 1907.
- ISRAEL. — Die Endresultate m-einer Nephrectomien für Tuberculose nebst Emigen Bemerkungen. *Folia Urologica*, 1907
- KAESSMANN. — Über primare Nierentuberculose. *Inaug. dissert. münchen* 1907.
- DE KEERSMACKR. — Nieren tuberculose, ihre verschiedenen Formen und ihre Diagnose. *Ac. royale de méd. de Belgique* 1907.
- KROGINS. — Über Nieren tuberculose, ihre Diagnose und Behandlung. *Finska lekars* 1907.
- KUTTNER. — Die Tuberculose des Harnapparates. *Zeitschrift für ärztlich. Fortbildung*, n° 21, 1906.
- LAMBERT. — Indication de la néphrectomie et de la néphrotomie dans la tuberculose rénale. *Ass. franç. d'urol.* 1907. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, n° 23, 1907.
- LECÈNE. — Tuberculose rénale à forme fibreuse sans calcification. *Bull. soc. an.*, n° 6, juin 1906.
- LEGNANI. — Nieren tuberculose. *Chir. sanitaria*, n° 41, 1907.
- Sopra un caso di tubercolosi del rene a contributo delle diagnosi della malattie rénale mediante il di viscere del urine. *Soc. méd. chir. Bavia* 1907.

- LICHTENSTEIN. — Zur pathologie der Urogenitaltuberkulose,
2^e cong. des deut. gestelltet für urologie 25 oct. 1907.
- LOUMEAU. — Pyonéphrose tuberculeuse. *Soc. méd. arch. Bordeaux*, 15 mars 1907.
- LUXARDO. — La terapia chirurgica nella tuberculosi renali.
Rivista veneta di scienza méd.
- MEINERTZ. — Tuberkulose und Trombose; ein Beitrag zur
Kennaiss des verlauges der experimentellen Tuberkulose
in der Wenoshyperamischen Niere. *Versamml. deutsch.
nature und aezte Dresden* 18 février 1907.
- MIRABEAU. — Démonstration zweier Fälle von Nierentuber-
kulose durch Nephrektomie geheilt. *Münsch. med.
wochenschrift*, n° 7, 1907.
- MOSCOU. — Diagnostic de la tuberculose, de l'appareil
gén.-urin., d'après l'examen microscopique des urines.
Presse méd. n° 2, 1907.
- NEGRI. — La terapia chirurgica nella tuberculosi rénale.
La clinica chir. n° 11, 1907.
- NICOLICH. — Cura chir. della tuberculosi renale. *Folia uro-
logica* 1907.
- NOBLE. — Tubercul. of kidney. *Surg gyn. obs. march.* 1907.
- ORTH. — Traumatische Nierentuberkulose. *Gesellsch. der
charité arzte Berlin* 27 febur 1907.
- DE PAOLI. — Storia di una che presentava tuberculosi di
un rene sviluppe de tuberculosi altro ad un adenoma
mammaria. *Rivista veneta di scienza méd.* 1907.
- PAPIN. — Tuberculose du rein. *Bull. soc. anat.*, n° 7, juil-
let 1906.
- PARCZEWSKA, STANISLAW. — Néphritis bei tuberkulose. *Inaug.
Dissertation münschen* 1907.
- PATEL. — Deux cas de tuberculose rénale, traité par la
néphrectomie. *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 19 sept. 1906.

PÉCHÈRE. — Nierentuberkulose ist bei interner Behandlung heilbar ? *Jour. méd. de Bruxelles*, 12 février 1907.

MARION. — Des indications thérapeutiques de la tuberculose rénale. *Journal des Praticiens*, avril 1908. *Concours médical* 1908, 12 avril.

VON HYÈS. — Sur la tuberculose des reins. *Folia urologica*, 1^{er} mars 1908.

KRONLEIN. — Sur la tuberculose des reins : résultats de 71 néphrectomies. (*Fol. urol.* 1908).

RAFIN. — Tuberculose rénale 1908. *Lyon méd.* — C. X.

— Deux observations de tuberculose rénale avec néphrectomie. *Lyon méd.* 1908. — C. X.

PÉLICAND. — Tuberculose du rein droit ; collection périnéphrétique ; néphrectomie : guérison. *Soc. sc. méd. Lyon*, 14 sept. 1906.

PÉTIT ET BELLEY. — Tuberculose rénale à forme hématurique. *Soc. d'anat. et phys. norm. et path. de Bordeaux* 27 et 29 mai 1907.

PIELICKE. — Tuberkulin in der Behandlung der nierentuberkulose. *Berlin, med. gesellschaft*, 18 déc. 1907.

PITHA. — Untersuchungsmethoden und Therapie bei der Chronischen Nierentuberkulose. *Klin. therap. Wochensch.* n° 2-5, 1907.

POUSSON. — Tuberculose rénale et mariage. *Soc. méd. chir. de Bordeaux*, 22 mars 1907.

REITTER. — Nierentuberculose und artérielle hypotonie. *Zeitschrift f. Klin. med.* Bd. 62, 1907.

RIVIÈRE. — Rein droit tuberculeux. *Soc. de chir. de Lyon*, 27 février 1907.

ROLLY. — Zur Diagnose der Urogenitaltuberkulose. *Mem. el med. Wochenschrift*, 1907.

STEINER. — Die Frage der Frühopération bei Nierentuberkulose. 1^{er} *Konig der ungar. Gesellsch. der chir.* 1-2 avril 1907.

SUTER. — Zur OÉtiologie der infectiosen Erkrankung der Harnorgane. *Zeitsch of urologie Bd - 1.*

— Demonstration von 5 durch Operation gewonnenen, Tuberkulösen Nieren. *Med. gesellsch. Basel*, 6 avril 1907.

TINEL.- Néphrites Tuberculeuses. *Gaz. des hôp.*, n° 91, 1907.

VIGNARD ET LAROYENNE. — Tub. urin. chez un enfant. *Soc. de chir. de Lyon*, 28 février 1907.

VARMOD. — Démonstration einer Tuberkulose niere. *Méd. pharm. Bez von Bern.*, 20 avril 1907.

WATSON. -- Traitement chirurgical de la tuberculose rénale. *Boston méd. chir. journal*, 28 février 1908, *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, n° 20, 1907.

WILDBOLZ. — Tuberkulos kavernose Niere, *med. pharm. zu Bern.*, 5 mars 1907.

— Experimentelle Studien über die ausbreitung der Urogenitaltuberkulose. *Konig der urologen in Wien*, 2-5 octobre 1907.

— Klinisches ulcer Nierentuberkulose.

ZUCKEKANDDL. — Nierentuberkulose. *Ges. f. inn méd, und kinder Wien*, 5 décembre 1907.

MAUGEAIS. — *Th. Paris*, 1908.

VIALLET. — Le signe de Colombino (*Th. Lyon*, 1908.)



